

ストレス対処能力が労働者の精神的健康度に与える影響に関する労働衛生学的研究

著者	梅田 忠敬
内容記述	筑波大学博士（医学）学位論文・平成23年3月25日授与（甲第5839号）
発行年	2010
URL	http://hdl.handle.net/2241/00123230

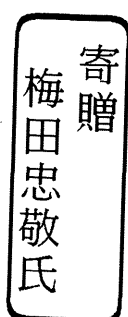
DA
5837
2010
(H9)

ストレス対処能力が
労働者の精神的健康度に与える
影響に関する労働衛生学的研究

2010

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

梅 田 忠 敬



目次

第Ⅰ章	文献的考察	
Ⅰ－A	近年の労働衛生における心の健康問題とその対策の動向	2
Ⅰ－B	職業性ストレスと疾病の因果関係についての研究	11
Ⅰ－C	労働者の心の健康に影響を及ぼす個体側要因について	14
Ⅰ－D	本研究の目的	19
第Ⅱ章	調査研究－1 労働者におけるストレス対処能力（SOC）と精神的健康度の 関連性について（大規模横断調査より）	
Ⅱ－A	目的	22
Ⅱ－B	調査研究の背景	22
Ⅱ－C	対象と方法	23
Ⅱ－D	結果	25
Ⅱ－E	考察	27
Ⅱ－F	結論	29
第Ⅲ章	調査研究－2 ストレス対処能力（SOC）が労働者の精神的健康度に 与える影響について（1年間の縦断調査結果より）	
Ⅲ－A	目的	31
Ⅲ－B	調査研究の背景	31
Ⅲ－C	対象と方法	32
Ⅲ－D	結果	35
Ⅲ－E	考察	36
Ⅲ－F	結論	38
第Ⅳ章	まとめ	
Ⅳ－A	各年代間のストレス特性について	41
Ⅳ－B	ストレス対処能力が一次予防で果たす役割について	41
第Ⅴ章	本研究の限界と課題	43
第Ⅵ章	本研究結果の活用法と今後の展望	46

第VII章	謝辭	48
-------	----	----

第VIII章	参考文献	50
--------	------	----

第IX章	図表	62
------	----	----

付 質問票

付 参考論文

第 I 章

文献的考察

第 I 章 文献的考察

A. 近年の労働衛生における心の健康問題とその対策の動向

a. 職域におけるうつ病を中心とした心の健康問題の増加とその背景

日本の労働者を取りまく労働環境は、1990 年代以降、IT 化などの技術革新、雇用形態の多様化、新たな人事評価雇用制度の導入といった変化^{1, 2)}が急速に進行し、変化を続けている。また時を同じくした 1990 年代前半におけるバブル経済崩壊以降、日本経済は長引く不況を迎え、人件費の削減やリストラクチャリングなどを行う企業も現れている^{3, 4)}。

こうした労働環境の変化の中で、現在、職域においてはうつ病をはじめとした心の健康問題の増加が社会問題化し、労働者のメンタルヘルスが注目されている。

厚生労働省が 5 年に 1 度実施している労働者健康状況調査^{5, 6)}において、不安を抱えていると回答した労働者は、2002 年の調査開始以降 50%を超えた状態が続いている。

2008 年に財団法人社会経済生産性本部が実施した、民間企業の人事担当者に対する調査⁷⁾においては、最近 3 年間ににおける「心の病」の発生件数は増加傾向にあると 56.1%の企業が回答し、2002 年の調査開始以降高い水準を維持している。さらに年齢別に見た評価では、「心の病」の最も多い年齢層は 30 歳代と回答しており、こちらも 2002 年の調査開始以降状況は変わらず、減る気配をみせていない。また同調査では職場の状況と「心の病」の増加の関係についても調査されている。「人を育てる余裕が職場になくなってきている」という企業では、「心の病」が増加した割合が 60.2%であったのに対し、そうでない企業は 35.3%に留まっていた。次に「組織・職場とのつながりを感じにくくなってきている」という企業では「心の病」が増加した割合が 63.5%であったのに対し、そうでない企業は 43.8%に留まっていた。最後に「仕事の全体像や意味を考える余裕が職場になくなってきている」という企業では「心の病」が増加した割合が 61.6%であったのに対し、そうでない企業は 42.9%に留まっていた。

2008 年に労務行政研究所が上場企業を対象に行った調査⁸⁾では、最近 3 年間のメンタルヘルス不調者のうち、特に増加が目立つ年代（複数回答）として、30 歳代（51.9%）、20 歳代（41.2%）、40 歳代（19.1%）、50 歳代（0.8%）の順に挙げられている。このように、前述の調査同様、比較的若い世代における心の健康問題の増加が目立つ結果となっており、その対策が急務となっている。

同様の問題は民間企業のみならず、公的機関においても存在している。2006 年に人事院が行った国家公務員長期病休者実態調査⁹⁾によると、1 ヶ月以上の長期病休者における「精神及び行動の障害」の割合が全体の 63.0%を占めている。

さらに、2007 年に財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所が全国の自治体に対し実施した調査¹⁰⁾においても、最近 3 年間ににおける「心の病」は増加傾向にあると 47.7%

の自治体が回答している。また、今後の職場における精神疾患の増減傾向については、全体の 42.1%と半数近くが「増加すると思う」とも回答している。「心の病」のうち最も多い疾患は、「うつ病（気分障害）」（85.0%）であり、「心身症」（3.9%）、「神経症（ノイローゼ）」（2.2%）がわずかに認められる。3,000 人以上の職員を有する自治体では、「うつ病」が 88.1%という高さである。

精神障害による社会的損失についても近年研究が進み、2004 年に労働安全衛生総合研究事業にて島らが行った調査¹¹⁾では、推定疾病休業人口は 47 万 4000 人、平均休業月数は 5.2 ヶ月/人であり、企業が受ける推定逸失利益は年間で約 1 兆円にものぼると報告している。2010 年に厚生労働省が試算した自殺・うつ対策の経済的便益の推計¹²⁾によると、2010 年現在において自殺・うつ病がなくなった場合の GDP 引き上げ効果は約 1 兆 7 千億円にも上るとされている。また、労働者の心の健康問題は、労働者個人の作業能率を低下させ、生産性を減少させるだけでなく、企業としての社会的評価を損なうリスクを高め、その社会的責任に悪影響を及ぼすとの報告もある¹³⁾。

以上より、民間企業のみならず公的機関においても、労働者の心の健康問題の広がり非常に大きくなってきており、職域におけるメンタルヘルス対策は、現在の日本の労働衛生において喫緊の課題となっている。

b. 国内外におけるうつ病をはじめとした心の健康問題の増加

3 年に 1 度全国の医療機関を対象に行っている患者調査^{14, 15)}より、うつ病を含む気分障害の入院及び外来患者数の総計は、1999 年に 44.1 万人であった患者数が、2002 年 71.1 万人、2005 年 92.4 万人、2008 年には 104.1 万人と増加の一途を辿っている。また、2005 年のデータまでに関しては年齢別の詳細も発表されており、これをみると男女の合計数で最も多い年代は 30 歳代、次いで 40 歳代となっている。さらに過去のデータと比較すると、20 歳代の患者の増加数も目立つ結果が出てきている。これらは、前述の職場における「心の病」の最も多い年齢層が 30 歳代であったとする意識調査結果とも矛盾せず、比較的若い世代の心の健康問題が社会問題化していると考えてよい。

日本において、何らかの精神疾患への生涯罹患率は 24.4%と見積もられ¹⁶⁾、そのうちうつ病を含む気分障害の生涯有病率は 14.1%との報告がある。一方、アメリカにおいて、何らかの精神疾患に罹患する割合は 46.4%にも及び、半数近い人が一生のうち最低一度は精神疾患を体験する可能性があるとし唆されている¹⁷⁾。

また、2004 年の WHO の global burden of disease における DALYs (Disability-Adjusted Life Year; 障害調整生存年)¹⁸⁾より、疾患別にみた社会・経済的損失は、全世界的に下気道感染症、下痢性疾患についてうつ病が第 3 位を占めており、さらに日本・アメリカ・イギリスなどの高所得国に限ってみると、うつ病が最も社会・経済的損失が大きい疾患となっていると報告されている。また、2030 年には、全世界的にみても、うつ病が最も社会・経済的損失が大きい疾患になるだろうと予測されている。

このように、国内外において精神障害対策は重要な政策課題ともなっている。こうした背景の中、国民の精神的な健康を増進することは国家の精神的な富につながると考え、イギリス政府は現在、精神疾患を、がん・心臓疾患にならぶ３大疾患のひとつと位置づけ、その取り組みが急速に広まっている^{19, 20)}。

c. 日本における自殺者数の推移

自殺者数は、集団の精神的健康度を端的に示す指標のひとつとして精神保健分野で従来からよく研究されている^{21, 22)}。警察庁のまとめた統計データ²³⁾によると、2009年の自殺者数は32,845人で、前年と比べて596人増加(1.8%)し、年間の自殺者数は1998年より12年連続して3万人を超えている。

先進7カ国(G7; アメリカ、イギリス、イタリア、カナダ、ドイツ、日本、フランス)の中では日本の自殺率が最も高く、さらに15歳から34歳までの若い世代の死因で自殺がトップとなっているのは日本のみといった厳しい状況下にある。

先の警察庁の統計²³⁾より、2009年には自殺者数に対する勤労者は37.6%を占めていた。年代別で見ると、中高年の自殺率が高くなっているが、年間自殺者数が初めて3万人を超えた1998年と比較すると、30歳代の占める割合が、11.0%から14.6%へと上昇している。この状況に対して、政府が勤労者層を中心とした自殺予防の対策²⁴⁾を2001年に打ち出し、また、2006年に自殺対策基本法が制定され、事業主に対しても自殺予防において役割を果たすように求めるなど労働衛生分野における最近の大きな関心事となってきた。

さらに、2009年11月には「自殺対策100日プラン」²⁵⁾がとりまとめられ、その後2010年5月には、厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム²⁶⁾において、今後の自殺防止のための対策として、

- ・普及啓発の重点的实施
- ・ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築
- ・職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実
- ・アウトリーチ（訪問支援）の充実
- ・精神保健医療改革の推進

といった5本柱が打ち出された。

このうち、職場における問題点は、労働者の自殺のおよそ70%はうつ病が原因と推定している報告²⁷⁾もあり、自殺が生じやすいのはうつ病の初期、あるいは回復期ともいわれている²⁸⁾。労働者層の自殺予防対策において、その背景に存在している職域におけるうつ病を中心とした心の健康問題への対策が根幹になると考えられる。

d. THP (Total Health Promotion Plan) の推進

健康障害の防止を主体とする従来の健康管理に加えて、健康に働いている労働者をよ

り健康にという一歩進んだ労働者の心身両面にわたる健康の保持増進を目的として、1988年5月に労働安全衛生法が改正され、同年10月より施行された。労働安全衛生法第70条の2の規定により、厚生労働大臣が公表した健康保持増進のための指針（健康づくり指針）に沿って事業場における労働者の健康保持増進措置を普及するため、厚生労働省と中央労働災害防止協会では、心とからだの健康づくり「THP」（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）^{29, 30)}を推進している。

THPの概要は、事業場の安全衛生委員会又は衛生委員会の審議を得て、健康保持増進計画（中長期の目標の設定、年次計画）を決め、各事業場における健康保持増進措置の実施について事業場内での協力体制をつくり、その計画に基づいて、産業医を中核としたスタッフ（運動指導担当者、運動実践担当者、心理相談担当者、産業栄養指導担当者及び産業保健指導担当者）がそれぞれの専門性を生かしつつチームを組んで、個人の健康づくりを進めるというものである。

事業場内でこれらのスタッフが全て揃った場合には、産業医を長とする「健康保持増進専門委員会」を設置し、個々の労働者に対する健康保持増進措置に関して専門技術的立場からの検討や評価を行い、個々の労働者に各種の具体的な指導をすることが望まれる。労働者の健康保持増進措置は、事業場単独で全て実施できることが理想的な姿であるが、事業場によっては健康保持増進計画の策定、健康測定及び運動指導等を担当するスタッフや健康づくりに必要な施設を確保することが難しいところもある。この場合には外部の専門機関の支援のもとに健康保持増進措置を実施することが必要である。

THP推進の背景には、定期健康診断結果の有所見率が上昇傾向にあることが挙げられる³¹⁾。この主な要因として、労働者の生活習慣の変化や高齢化が考えられている。生活習慣病は若年期からの適度な運動、健全な食生活、ストレスのコントロール等の健康的な生活習慣を身につけることによって発症を予防し、発症の時期を遅らせ、発症の程度を軽くすることが可能であるとされている³²⁾。また、労働者の高齢化による健康対策や加齢に伴う心身の機能低下による労働災害の防止、技術革新による作業様態の急速な変化等によるストレスの増加に伴う心の健康対策への対応が求められている。労働者がいつまでも心と体を健康に保ち、その能力、技術を十分に発揮できるようにしておくことは労働者にとっても、事業の活動の活性化の面からも重要な事項である。

心と体の健康を保つことは、個人にとっては自己実現、企業にとっては事業の活性化、社会にとっては活力のある地域社会の形成の基本であり、健康は社会資源であるとする考えが広がりつつある³³⁾。THPは、事業者・労働者・サービス機関等がそれぞれの役割を果たすことにより、労働者各個人が心と体の両面にわたる健康的な生活習慣へ行動を変容する必要性を認識していくことを目指した、職域における心の健康問題への対策を盛り込んだ国の指針といえる。これ以後、心の健康問題の解決に向けて、大企業を中心に各事業所で様々な取り組みが行われるようになってきた。一方で、小規模事業所においてはその取り組みはまだまだ普及していないことも報告されている³³⁾。

e. 健康日本 21 における「こころの健康対策」

心の健康は、世界保健機関（WHO）の健康の定義³⁴⁾にも明確に述べられているように、いきいきと自分らしく生きるための重要な条件である。具体的には、自分の感情に気づいて表現できること（情緒的健康）、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること（知的健康）、他人や社会と建設的で良い関係を築けること（社会的健康）を意味している。人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択すること（人間的健康）も大切な要素であり、心の健康は「生活の質」に大きく影響する。

心の健康には、個人の資質や能力の他に、身体状況、社会経済状況、住居や職場の環境、対人関係など、多くの要因が影響し、中でも身体の状態と心は相互に強く関係している^{35, 36)}。

心の健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は身体だけでなく心の健康においても重要な基礎的要素である。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、健康のための3つの要素とされてきた。さらに、ストレスと上手につきあうことは心の健康に欠かせない要素となっている。

国民全体に予防医学的見地から具体的な数値目標を掲げた政策方針である健康日本 21（2000 年）³⁷⁾では、「ストレス」「睡眠」「自殺者の減少」に関して、具体的な目標値が以下のように設定され、心の健康問題は、全国民を対象とした予防医学として積極的に実施されることとなった。しかし、2007 年の中間報告書³⁸⁾においては、大きな改善を認めていない。

1. ストレス

- ・「最近 1 ヶ月間にストレスを感じた人」の割合の減少

目標値： 1 割以上の減少

基準値： 54.6%³⁹⁾

中間報告値： 62.2%³⁸⁾

2. 睡眠

- ・「睡眠によって休養が十分にとれていない人」の割合の減少

目標値： 1 割以上の減少

基準値： 23.1%³⁹⁾

中間報告値： 21.2%³⁸⁾

- ・「眠りを助けるために睡眠補助品（睡眠薬・精神安定剤）やアルコールを使うことのある人」の減少

目標値： 1 割以上の減少

基準値： 14.1%³⁹⁾

中間報告値： 17.6%³⁸⁾

3. 自殺者の減少

目標値： 22,000 人以下

基準値： 31,755 人 ³⁹⁾

中間報告値： 30,539 人 ³⁸⁾

以上より、現在の日本の職域における心の健康問題への関心とその対策に対するニーズは、職場ではもちろんのこと、社会全体で高まってきていると考えられる。これからの時代においては行政、医療機関、研究機関、事業場のそれぞれの特性を活かした対策と、国民 1 人 1 人の認識と予防対策が必要となってくると考えられる。このような時代背景のなか、日本全体においても、21 世紀の初頭 10 年間に重点的に実施すべき労働衛生研究の優先課題を明らかにする作業を行った「21 世紀の労働衛生研究戦略協議会」の結論 ⁴⁰⁾として、「メンタルヘルスと産業ストレス」は 18 項目の優先課題の 1 つに位置づけられ、労働衛生の重点研究課題となっている。これらを総合して職域における心の健康問題は、現代の日本社会において非常に重要な課題であり、かつ早急な解決を求められているものと言える。

f. 行政におけるメンタルヘルス関連施策の動向

近年、労働者の心の健康問題の増加に伴う労働生産性への影響や従業員の健康を含めた CSR (Corporate Social Responsibility; 企業の社会的責任) への関心の高まり、過労自殺による労災認定事案の増加などにより、行政においても関連施策の法制化や指針が打ち出されるなど対策がなされている ^{41, 42)}。

f-1. 「心理的負荷による精神的障害等に係る業務上外の判断指針」(労働省) ⁴³⁾

1999 年には、業務上の心理的負担による精神障害や自殺に対する労災申請が増加したとして、「心理的負荷による精神的障害等に係る業務上外の判断指針」が公示された。同指針は、精神障害等の労災申請を適切に処理するための判断基準としての活用を目的としており、「業務による心理的負荷」、「業務以外の心理的負荷」、精神障害の既往歴や性格傾向などの「個体側要因」を評価し、自殺の業務起因性の有無についての判断指針が示された。

f-2. 「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(労働省) ⁴⁴⁾

2000 年には、初めて職場におけるメンタルヘルス向上に特化した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が示された。同指針では、事業者に対して、メンタルヘルス対策の実態調査に基づく「心の健康づくり計画」の策定、及び下記に示す「4 つのケア」の推進が求められており、勤労者自身はもちろんのこと、事業者にも積極的に従業員のメンタルヘルス対策に取り組む姿勢が要されている。

- ・ セルフケア

勤労者が自分自身のストレスに気づき、それに対処すること。

- ・ ラインによるケア

勤労者と日常的に接する上司などの管理監督者が職場内のストレスを把握し、職場環境の改善や相談への対応を実施すること。

- ・ 事業場内産業スタッフ等によるケア

上記のセルフケアとラインケアが効果的に実施されるように、事業場内の産業医や保健師などが勤労者や管理監督者を支援すること。

- ・ 事業場外資源によるケア

メンタルヘルスケアを推進するため、必要に応じて、事業場外の医療機関や地域保健機関のメンタルヘルスケアの専門家が管理監督者などを支援すること。

f-3. 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(厚生労働省)⁴⁵⁾

2004年には、メンタルヘルス問題で休職した勤労者の復職マニュアルとして、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が示された。職場復帰支援の5つのステップとして、以下にポイントを挙げる「病気休業開始及び休業中のケア」、「主治医による職場復帰可能の判断」、「職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成」、「最終的な職場復帰の決定」、「職場復帰後のフォローアップ」が提示された。厚生労働省では、同手引きを活用して、各事業場の実態に応じた職場復帰プログラムなどの策定を期待している。

- ・ 病気休業開始及び休業中のケア

勤労者は、上司などの管理監督者に病気休業診断書を提出し、管理監督者は、その旨を人事・労務部に連絡する。管理監督者は、休業中と職場復帰の際の手続きを勤労者に説明する。

- ・ 主治医による職場復帰可能の判断

勤労者は事業者に対して、主治医による就業上の配慮に関する意見を含めた職場復帰可能の診断書を提出する。

- ・ 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成

勤労者の職場復帰の意志、勤労者の治療状況、職場環境に関する情報収集を行い、職場復帰が可能かどうかを判断する。その後、職場復帰日や業務上の配慮を含めた職場復帰のためのプランを作成する。

- ・ 最終的な職場復帰の決定

勤労者の最終的な状態と産業医からの就業上の注意事項に関する意見を元に、職場復帰が可能かどうかを最終的に判断する。

- ・ 職場復帰後のフォローアップ

職場復帰後の症状の再発状況、勤務状況、業務遂行能力を確認し、職場復帰プランの評価と見直しを適宜行う。

f.4. 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(厚生労働省) ⁴⁶⁾

2006 年には、2000 年に策定された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」⁴⁴⁾を更に有効的に実施するために見直しがなされ、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が示された。本指針では、事業者が勤労者の心の健康を推進するため、事業者による実態調査や計画作成が指示されるなど、職場におけるメンタルヘルス措置が提示されている。

f.5. 「改正労働安全衛生法」(厚生労働省) ⁴⁷⁾

2006 年 4 月には、「改正労働安全衛生法」が施行され、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場を対象として、「長時間労働者への医師による面接指導の実施」が下記の基準により定められた。

- ア) 月 100 時間超の時間外・休日労働を行い、疲労の蓄積が認められる者
- イ) 月 80 時間超の時間外・休日労働を行い、疲労の蓄積等が認められる者
- ウ) 事業場で定める基準に該当する者

これらに対し、事業者は面接指導等の実施の通知を行い、労働者から申し出があった場合に、ア) の者に対しては面接が義務化され、またイ、ウ) の者に対しても面接の実施が努力義務とされた。

また、2008 年 4 月からは、これまでその面接指導の実施を免除されてきた「常時 50 人未満の労働者を使用する事業場」にも適用されることとなった。

f.6. 改訂「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」

(厚生労働省) ⁴⁸⁾

2009 年には、2004 年に作成された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の見直しがなされ、下記の点が改正された。

- ・ 休業前の段階

円滑な職場復帰を行うために、職場復帰支援プログラムの策定や関連規程の整備等により、休業の開始から通常業務への復帰までの流れを明確にすること。策定された職場復帰支援プログラム等については、労働者、管理監督者等に周知すること。

- ・ 病気休業開始及び休業中の段階

休業中の労働者が不安に感じていることに関して十分な情報提供や相談対応を行うこと。職場復帰支援に関する事業場外資源や地域にある公

的制度等を利用する方法もあることから、これらについての情報を提供することも考えられること。

- ・職場復帰の決定までの段階

主治医による職場復帰の判断は、職場で求められる業務遂行能力まで回復しているか否かの判断とは限らないこと。

より円滑な職場復帰を図る観点から、主治医への適切な情報提供を行うこと。職場復帰前に「試し出勤制度」を導入する場合は、その人事労務管理上の位置づけ等について事業場であらかじめルールを定めておくこと。

- ・職場復帰後の段階

労働者への対応はケースごとに柔軟に行う必要があること。職場復帰した労働者や当該者を支援する管理監督者、同僚労働者のストレス軽減を図るため、職場環境等の改善や、職場復帰支援への理解を高めるために教育研修を行うこと。

f7. 「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」（厚生労働省）⁴⁹⁾

2009 年 3 月には、「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」が示され、以下のポイントにおける具体的な対策が求められている。

- ・衛生委員会等での調査審議の徹底等

調査審議の徹底・充実、事業場における実態の把握、
「心の健康づくり計画」の策定

- ・事業場内体制の整備

事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任、専門スタッフの確保

- ・教育研修の実施

- ・職場環境等の把握と改善

- ・メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施

相談体制の整備、長時間労働者に対する面接指導の実施徹底、
健康診断実施時におけるメンタルヘルス不調の把握 など

- ・職場復帰支援

職場復帰支援プログラムの策定

以上のように行政によるメンタルヘルス対策は、近年、勤労者のストレス増加や心の健康問題の増加に伴い、指針や手引きの改正が頻繁に行われている。

さらに、厚生労働省労働基準局が 2010 年 9 月に発表した職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書⁵⁰⁾においても、一般定期健康診断における「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」（問診票の使用も含む）に併せて、例えば、食欲がない、よく眠れない等

の身体的な症状・不調や、ゆううつだ、イライラしている等の心理的な症状・不調等、ストレスに関連する症状・不調（職場だけでなく家庭等によるものも含む）に関しても、医師が適切に確認することの必要性が指摘されている。労働者にとって不利益な取り扱いがなされる危険性もあるため、現時点ではまだ統一の見解は得られていないが、職場において調査票を用いた新たな精神疾患のスクリーニング法について検討もなされている。

B. 職業性ストレスと疾病の因果関係についての研究

近年の労働衛生の分野における心の健康問題を解決するために、多くの研究がなされてきた。その代表的なものがストレスと疾病に関する因果関係を探索するものである。

その結果、多くの疫学研究および心理学研究により、労働によるストレス（以下、職業性ストレス）が健康に及ぼす影響の重要性は証明されてきた^{51, 52)}。労働には、種々のストレス要因のような心の健康に対するリスクが存在している。しかし、それと同時に労働は、自己実現、人格発達、および安寧（well-being）への機会を提供するものでもある。労働によるストレス要因のうち、どういったものが健康に危害を与え、また、健康を促進するかについての理論的説明は多数ある。以下、現在集約されつつある6つの理論的モデルを概観しながら、職業性ストレスと疾病もしくは精神的健康度との因果関係についての現在までの知見と問題点をまとめる。

a. ストレス反応

ストレス要因によって引き起こされる反応を一般にストレス反応という。急性のストレス反応は多様であり、抑うつ・職務不満足感などの心理的反応、血圧上昇や心拍数の増加・不眠・疲労感などの生理的反応、過食やアルコール飲用、喫煙や薬物使用、疾病休業や事故などの行動面での反応などがある^{35, 36)}。通常、このようなストレス反応は一時的なものであり、休憩・休息・睡眠・その他の適切な対処により、回復可能である。しかし、場合によっては、ストレス反応は増強して過大・持続的となり、一部は病因論的メカニズムによって疾病の発生に至る。

ただし、ストレス要因に対する反応の仕方は年齢や性別、性格傾向および行動パターンや対処の方法、仕事の熟練度、基礎疾患の有無や治療の状態など個人の特性によって大きく異なる。また、職場の上司・同僚との人間関係、家族関係や家庭での役割負担などの仕事外の日常生活のあり方もストレス反応を緩和する要因となる。近年、こうしたモデルにもとづいて職場の心理・社会的ストレス要因の対策に関する検討が進展している。その結果、それぞれのリスクファクターを減少させるような方向の対策が提唱されている。しかしながら、長引く不況の影響による人員削減や成果主義の導入などにより、特定のリスクファクターの減少は現実的には困難なことが多い。

b. Holmes と Rahe のライフイベントモデル

1960 年前後に、アメリカのワシントン大学精神科の Holmes、Rahe、Masuda らは、彼らの臨床的経験から「生活適応（への努力）を必要とするある種の社会上の出来事が、疾病の発生と有意に時期を同じくして併発していることを確かめ」、ここから「この種の社会上のまたは生活上の出来事が病因上－疾病の原因としては十分ではないが必要な一意味があり」、「部分的には発病の時期を説明する理由となる」と考えた。そして、「人生（生活）に変化を起こさせる」ような「この種の出来事」の震度（マグニチュード magnitude）を、「疫学研究の定量的基礎として」計量することを試みた。これが、有名な「人生事件（ライフイベント）」型ストレスの研究である⁵³⁾。この計測は、具体的には、43 項目のライフイベントからなる「社会再適応評価尺度」（Social Readjustment Rating Scale : SRRS）と呼ばれるチェックリストを作り、394 人の被験者に、基準として「配偶者の死亡」を 100 点として、これに比べて再適応の努力の大きさやそれに必要な時間を主観的に判断させて記入させるという方法をとった。そしてその結果の平均値を「ストレス値（value）」と名付けた。この SRRS を用いて、疾病とライフイベントとの関連についての研究が数多く行われ⁵⁴⁻⁵⁷⁾、日本人の社会的背景を反映した日本語版の「社会的再適応評価尺度」も作成され、活用されている⁵⁸⁻⁶⁰⁾。

c. Lazarus のデイリーハッスルズモデル

Holmes、Rahe らのライフイベントモデルの発表を受け、Lazarus⁶¹⁾はそれに対する批判として、「日常生活の些事により、常に長期間繰り返され、かつ意識されないうちに経験されるストレス」の重要性を主張した。ここでキーワードとなるのは、日常精神混乱（hassles）と高揚（uplifts）である。“hassles”とは、日常生活での「細かな煩わしさ（minor annoyance）」から「かなり大きな圧力、問題または困難（fairly major pressure, problem or difficulties）」を惹起する体験と定義される。一方“uplifts”とは、「良い感じがする（feel good）」から「平和、満足、喜び（peace, satisfaction, or joy）」までを惹起する体験である。共にそれらの体験への一次的な認知的評価とされる。ライフイベントをある時期に一気に襲ってくる急性のストレス要因と捉えるのに対して、デイリーハッスルズは日々蓄積していくような慢性のストレス要因として現在では捉えられている。デイリーハッスルズ概念を用いた研究は、精神的健康度との関連を中心として数多く行われている⁶²⁻⁶⁸⁾。

d. Karasek の Job-strain（要求度－コントロール）モデル

Karasek ら⁶⁹⁾は、アメリカの 4,495 名の男女を対象に、仕事の心理的要求度と自由裁量度が職業により差があるかどうかを検討している。それによると、仕事による要求度が高く、自由裁量度の低い職種（high strain 群）は、流れ作業労働者、裁断工、ウェイター、看護助手、電話交換手、キーパンチャー、荷物取扱者等を挙げ、一方、仕事に

よる要求度が低く、裁量度の高い職種（low strain 群）では、保線労働者、修理工、機械工などが挙げられている。

High strain 群への対処では、仕事上の要求度を減らし、仕事の裁量度を高めることが基本である。ただ、職種や仕事条件によっては困難な場合も多い。そのため、Johnson ら^{70, 71)}は、従来の Job-strain モデルに加えて、社会的支援度を加えた 3 次元モデルを提案した（extended Karasek model）。そして、13,779 名のスウェーデンの男女労働者の調査で、low strain（低い要求度＋高い自由裁量度）で、かつ高支援度のカテゴリーにある労働者の虚血性心疾患有症候者の頻度を 1.0 とした場合、high strain 群（高い要求度＋低い自由裁量度）、かつ低支援度群の頻度は 2.17 となったのに対して、high strain にも関わらず、高い支援度を有する群では 1.82 と有意に低値であったとし、職場の支援度の高低が心疾患の発症に関与していることを示した。なお、上畑⁷²⁾は、過労死事例の場合も、ほとんどの事例で要求度が高く、かつ支援度が低い状態にあり、この 3 次元モデルは過労死モデルとしても成立すると報告している。

e. 行動抑制論に基づくモデル

行動抑制論は一般に、人の行動が異なるレベルの行動抑制に基づいて階層的に構成されるものとして概念化している。個人は上位レベルの動機に基づいて特定の目標を導き出す。これらの目標に基づき、個人は下位目標および特定の行動計画を展開する。そして、その行動が目標を達成するものであるかどうかを監査しつつ、特定の行動を遂行するのである。行動抑制論に基づき、観察的インタビューによって職務のストレス要因と資源を測定するための、職務分析方法が多数開発された⁷³⁾。この方法の利点は、労働者個人の評定と無関係に、職務特性を「客観的」に評価することである。さらに職務ストレス要因および資源を詳細に記述することができるので、職場の再設計のための具体的な問題解決方法を導き出せる可能性がある。

この行動抑制論において、ストレス要因とは、労働者を能率的に管理できないことによって生じた目標達成を妨げる職務特性と定義される。このストレス要因の例に含まれるのが、職務に関して必要な情報の欠如、不適切な労働手段、あるいは仕事の頻繁な中断がある。これらの状況は労働者に当初の計画から離れることや、割り当てられた職務のやり直しを求めたり、あるいはリスクの大きい行動を要求したりすることになる。さらに、ストレス要因には、職務目標と価値や規範が矛盾するというような、不確かで、相反する目標というものも含まれる。

資源とは、個人が選択することのできる一連の可能性を提供する機会と概念づけられる。資源は個人が状況に影響を与え、個人の考えにしたがって行動し、スキルとコンピテンシーを適合させ、発展させることを可能にするものである。

異なる理論的枠組みに基づくものではあるが、これらの考え方は上述した Job-Strain モデル（要求度－コントロールモデル）の根拠にも似通った部分がある⁶⁹⁾。Job-strain

モデルと同様に、行動抑制論においても、学習および人格発達のためには、職務における裁量権が重要であることが強調されている。ドイツでは、Job-strain モデルは、職場ストレスと職場資源の両方を概念化したという理論的貢献から広く認知されている。しかしながら、実際には職場への介入に際して、Job-strain モデルが利用されることはあまりない。なぜなら、このアプローチによって得られるデータが、具体的な職場の再設計に関する示唆を得るには十分なものではないことが多く、「職務における裁量権の拡大、および職務に関する要求の減少」のように、極めて広義な対策を提案するだけに留まる場合が多いと考えられるからである。

f. NIOSH の職業性ストレスモデル

NIOSH の職業性ストレスモデルは多数提唱されている職業性ストレスモデルの中で、最も包括的なもののひとつである⁷⁴⁾。

このモデルでは、ストレスの原因になる外からの刺激をストレスと呼ぶ。人は日々の生活で様々なストレスに直面するが、職場では作業の質的・量的負担、職場の不十分な物理的環境や人間関係の問題などの様々な職場のストレスに曝される。これらのストレスが大きくなると自己の認識にかかわらず、「疲れる」「イライラする」「仕事への不満」「意欲の低下」「出社困難」などの急性ストレス反応が生じてくる。そして、その個人が持っているストレスへの対処能力を超すと、心身症やうつ病に至るとされる。しかし、このストレス反応の大きさには個人差がある。年齢、性別、性格、能力などの個人的要因や仕事以外の要因、上司や同僚・家族からの支援（社会的支援）の有無によってストレス反応の大きさや健康問題の発生は大きな影響を受けると考えられている。社会的支援がストレス反応を軽減し、健康問題の発生を予防することは多くの調査研究で明らかになっており、このモデルではストレス反応の緩衝要因と呼ばれる。この NIOSH の職業性ストレスモデルは、現代において労働者の職業性ストレスに関する研究を行う際には幅広く活用されている。実際に多数の研究が行われており⁷⁵⁻⁷⁸⁾、NIOSH の職業性ストレスモデルの妥当性が示唆され、職業性ストレス評価において優れていると考えられる。

以上より、本研究では NIOSH の職業性ストレスモデルを採用した。本モデルによると、ストレスを増強する要因である職場や職場以外からのストレスを減らし、緩和する要因である上司や同僚からの支援を増やし、さらに個体側の要因であるストレス対処能力を強化することにより、ストレス反応や健康問題の発生を減らすことができるとされる。

C. 労働者の心の健康に影響を及ぼす個体側要因について

a. 職場のメンタルヘルス対策における新たな視点

近年、「健康職場」という考え方が注目されている⁷⁹⁾。これまでの多くの職域におけ

る研究では、ストレッサーに焦点がおかれてきたものがほとんどであったが、過重労働などの負担軽減といった単に企業側の取り組みだけでなく、労働者が「元気に、長く、働き続ける」ための資源を備える取り組みも必要と考えられている。

平成 21 年度から開始された厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」⁸⁰⁾においても、新たな枠組みでの職域におけるメンタルヘルス対策の手法が検討され始めている。この中で、従来の職場のストレス要因やストレス反応の早期発見といった枠組みから前進し、健康と労働生産性が両立する活気ある職場作りを目標に一次予防の重要性が指摘され、検討がなされている。

b. 一次予防において健康生成論が果たす役割

健康生成論とは Antonovsky が提唱した概念である。現代医学における考え方のひとつには、個体に疾病がどのように起こってくるかに焦点をあて、疾病の発症する原因や過程、さらに疾病がもたらす変化に介入することにより予防や治療を目指すものがある。Antonovsky はこれを疾病生成論と呼んでいる。この疾病生成論においては、疾病の予防と治療に重点を置いており、不健康な行動の抑制と健康な行動の促進という 2 つのアプローチによる予防医学的活動が中心となっている。

一方で健康生成論では、個体が健康な状態を保つことができるのはなぜかというところに焦点をあてている。例えば、喫煙が肺癌のリスクとなる⁸¹⁻⁸³⁾ことは知られており、禁煙や肺癌の早期発見をめざして様々な研究が行われている。健康生成論では、喫煙と健康の関係について検討する際に、どのような人が禁煙に成功するのか、そして喫煙によっても肺癌に侵されずにいる人がいるのはなぜか、ということに焦点をあてている。これは、個体がどのようにして不健康と考えられる生活習慣から脱し、また、どのようにして健康を保持しているのかという視点に基づいており、今後の予防医学活動における方向性を指し示しているとも言える⁸⁴⁾。

健康生成論的アプローチでは首尾一貫感覚 (Sense of Coherence; 以下、SOC) を中核概念としている。Antonovsky は、アウシュビッツ収容所という過酷な環境下において、精神的健康を保つことができた人もいれば、そうでなかった人もいることに注目した。首尾一貫感覚は、その違いはどのような能力によるものなのか、つまり種々のストレス要因や疾病発生要因の存在にも関わらず、個体が健康を保持することが出来たのは何によるものなのか、という観点から研究・開発された指標であり、ライフイベントを始めとする種々のストレスの影響を大きくしたり小さくしたりする効果があるといわれている⁸⁵⁻⁸⁷⁾。

SOC は把握可能感、処理可能感、有意味感の 3 つの要素で構成されている。

把握可能感とは、人が内的環境、外的環境からの刺激に直面したとき、その刺激をどのように認知的に理解しているものと捉えているかという概念であり、言い換えると日

常のストレスとなりうる出来事が、混沌としていて無秩序で無作為で偶発的で説明できない雑事としてではなく、むしろ秩序だった一貫性のある構造化された明瞭な情報として、どの程度認知できているかという感覚のことである。

次に処理可能感とは、人に降りそそぐ刺激に見合う十分な資源を自分が自由に使えることができるかどうかという概念とされている。高い処理可能感を持っている限り、自分が出来事の犠牲になっているとは感じないし、人生は自分にとって不公平だとも思わないし、人生には困難なことが起こるものだが、それらが起こったとしても柔軟に対処することができて、いつまでも悲嘆にくれることはないと言われている。

最後に有意味感とは、人が人生に対してどのような意味を感じているかという概念とされている。つまり、生きていることによって生じる問題や要求の少なくともいくつかはエネルギーを投入するに値し、関わる価値があり、ないほうがずっといいと思う重荷というより歓迎すべき挑戦であると感じている程度である。例えば身内の死などに対しても、それを挑戦と受け取って、その挑戦を進んで受け止め、それに意味を見出そうと決心し、それに打ち克つために最善を尽くす程度のことである。

以上より、SOC はストレス要因に対する認知的側面に注目するものであり「その人に染みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界(生活世界) 規模の志向性とされている。それは、第 1 に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序付けられた予測と説明が可能なものであるという確信、第 2 に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第 3 に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入し関わるに値するという確信からなる」⁸⁸⁾と定義され、ストレス対処能力を反映する指標であると言われている^{85, 86, 89)}。

健康生成論では特に資源の重要性を強調している。資源は、一貫性、結果の形成への参加、過小負荷・過大負荷のバランスという 3 つの特徴をもった人生経験を作り出し、それによって強い首尾一貫感覚を形成、あるいは強化するものである。また、そのような資源の欠如は SOC を弱める経験を提供する。

日常のストレス要因は、ストレッサー、もしくはノンストレッサーと判断される。ストレッサーと判断されたものは「問題解決あるいは手段的な問題」と「感情調節的な問題」という 2 つの問題を生じ、更に自分を脅かすものか、そうでないかに区別される。SOC の強い人では自己の中で最も適切な資源を導入し手段的な問題を解決する。また感情調節的な問題に対しては、SOC の弱い人では、不安、激怒、恥辱、絶望、自暴自棄、当惑など無気力で拡散した感情により無意識の防御機制をもたらす一方、SOC の強い人では、悲しみ、恐れ、痛み、怒り、罪の意識、悲痛、心配など行動を動機づける感情により有意味感を強くもたらす。これらは焦点が絞られた感情であり、問題が理解可能であるという感情に一致している。

資源は状況資源と個人資源に区分される。状況資源には、健康な環境、良好な居住環境と物的保証、良好な家族機能と社会的接触、および満足な労働条件が含まれる。個人

資源には内的統制感、自己効力感、コーピングスキル、問題解決スキルが含まれる⁶⁰⁾。
職場における重要な状況資源は以下のものである。

- ・自由裁量権の広さ
- ・職務遂行：職務遂行には、あらゆるレベルにおいてスキルと能力が要求される。例えば、単純な自動車運転スキル、複雑な計画や決定のスキル等（階層的遂行）である。また、職務活動に関しても、あらゆる局面においてスキルと能力を求められる。例えば、目標設定、仕事の準備、職務遂行のための組織作り、結果の監査等（持続的遂行）である。
- ・職務要求の可変性：成果につながる行動特性とスキルおよび知識が要求される。
- ・融通性のある時間操作
- ・仕事の有意義さ
- ・職場環境全体、および特定の職務に関して透明性があり、理解し易いこと
- ・ソーシャルサポート

SOC と身体的健康度、精神的健康度の関連については多くの研究が行われている。多くの研究が、高い SOC がストレス対処能力を反映し、健康の保持増進が可能となると結論づけている。健康生成論的アプローチは健康の保持増進を行う上で重要であると述べている⁹⁰⁾。

Suominen ら⁹¹⁾が、フィンランドの国民 3,115 人を対象に、SOC と健康状態の自己評価 (SRH; Self-Rated Health) との関係を調査したところ、男性では SOC 高値群は低値群と比較して 2.8 倍、女性では SOC 高値群が低値群と比較して 3.4 倍 SRH が良好であったと報告している。

その他にも次に示すように、b-1. SOC の身体的健康度への影響、b-2. 精神的健康度への影響、b-3. 社会的健康度への影響に関する研究がそれぞれ数多くなされている。

b-1. SOC の身体的健康度への影響

近年、食生活の欧米化、車社会の発達、都市社会の成熟化による運動不足、労働環境の変化によるストレスなどの影響が生活習慣病の増加となって現れており、メタボリックシンドロームといった新たな疾病概念も誕生するなど社会問題化している。その中で、マスメディアを通じて、健康の保持増進を目的とした情報があふれており、人々の関心の高さも窺える。健康生成論においても、SOC が健康の保持増進に重要な役割を果たすとする身体的健康度との関係の研究が行われている。

Agardh ら⁹²⁾は、4,821 人のスウェーデン人女性に対して糖負荷試験を行い、職業性ストレス、SOC と 2 型糖尿病の関連について調査を行った。その結果、SOC の低さや仕事におけるストレスは糖尿病発症の危険因子であると述べている。Lindfors ら⁹³⁾は、閉経前の 43 歳女性 244 人を SOC 得点により 3 群分けし、生物学的マーカーの比較を行ったところ、SOC 得点が高い群では収縮期血圧、コレステロールが低いとい

った結果が得られ、SOC の高さが健康な状態から疾病が発症してくる過程で予防的役割を果たしている可能性がある」と述べている。また、血管内での炎症が動脈硬化の促進因子として挙げられているが、Nasermoaddeh ら⁹⁴⁾は 1,339 人の健康な日本人を対象に高感度 CRP と SOC の関連を調査した。その結果、男性においては高感度 CRP と SOC 得点は逆相関していたと述べている。

その他、Surtees ら⁹⁵⁾が、英国の 41 歳から 80 歳までの男女 20,579 人に対し 7 年間の追跡調査を行ったところ、SOC の高い人は低い人に比べ総死亡率が 0.65 倍、循環器疾患の死亡率が 0.67 倍、悪性腫瘍での死亡率が 0.81 倍であったと報告しており、SOC が高い人には疾患罹患に対する耐性がある可能性を述べている。

b-2. SOC の精神的健康度への影響

SOC はストレス対処能力を反映すると言われており、精神的健康度との関連についての研究が数多くなされている。Lehtinen ら⁹⁶⁾は、フィンランドの都市と郊外の 2,999 人を対象とした 1 年間の追跡調査で、初発、再発のうつ病の発症率を調査した。その結果、1,000 人当たり 28.5 人にうつ病を認めたが、うつ病の予測因子として、慢性疾患を患っている、人間関係が希薄だといった要因のほかに SOC の低さを挙げている。Skarsater ら⁹⁷⁾は、初発のうつ病の患者 24 人を 1 年間追跡したところ、うつ病が改善した患者では SOC 得点の上昇も認めたとしている。また、Mehlum ら⁹⁸⁾は 663 人のノルウェー人に対して、ストレスフルな徴兵初期における SOC、自殺企図、自殺遂行について調査を行った。その結果、自殺企図と自殺遂行の割合は 21.7%と 2.6%であり、この二つを認める対象者では SOC が有意に低かった。よって、SOC 得点の低さは健常人における自殺企図を予測するのにもよい指標であると述べている。

その他に、Tselebis ら⁹⁹⁾が、ギリシャの看護師 79 名を対象に行った調査では、SOC が低い人ほど抑うつ傾向がみられたと述べている。Kalimo ら¹⁰⁰⁾が労働者を対象に 1986 年から 1996 年の 10 年間の追跡調査を行ったところ、SOC の高い人は低い人に比べ 10 年後の精神健康が良好で、SOC がどんなストレッサーよりも強く 10 年後の状態に影響したとしている。

b-3. SOC の社会的健康度への影響

上述から SOC が身体的健康度、精神的健康度に影響していることが予想され、また、健康生成論の概念が人生に対する志向性と関連していることから、本人の社会的健康度にも影響していると考えられる。

Sollerhed ら¹⁰¹⁾は、301 人の思春期の子供に対する調査で、身体活動に対して積極的な態度を示す子供では SOC が有意に高いとしている。Axelsson ら¹⁰²⁾は、就業前の学生において、SOC 得点が高い群は、仕事に対しての姿勢が有意に前向きであると述べている。さらに、Surtees ら⁸⁷⁾は、20,921 人の男女に対して、ネガティブなライ

イベントと SOC の関連を調査したところ、SOC 得点が低い集団では、ライフイベントへの適応が有意に遅く、SOC は社会適応能力を反映していたとしている。また、Glanz ら¹⁰³⁾は、SOC と喫煙歴が関係すると述べている。労働者における研究では、Hansen ら¹⁰⁴⁾は、休職から円滑な職場復帰が可能かどうかを予測する因子のひとつとして挙げている。

従来行われてきた心の健康に影響を及ぼす特定のリスクファクターを減少させることは、その測定困難性も相まって、現実的には困難なことが多い。しかし、個体的側面に注目した健康生成論的アプローチは健康の保持増進を行う上で、今後、重要な役割を果たすと考えられており⁹⁰⁾、先行研究からも、職業性ストレスとメンタルヘルス対策において、ストレス対処能力を反映するとされる SOC の重要性が示唆される。

D. 本研究の目的

これまでの文献的考察より、1990 年代前半以降の日本における労働者の心の健康問題の増加を指摘してきた。また、近年の比較的若い世代の職域における心の健康問題の増加及び精神疾患罹患者数の増加も社会問題であることは明らかである。

これに対し、行政も様々な関連施策を打ち出してきたが、心の健康問題は未だ減少する気配を見せていない。従来、日本の労働衛生の現場で行われてきた心の健康問題についての研究は、NIOSH の職業性ストレスモデルにおける外的要因としての職業性ストレスに焦点をあてたものが多く、これらに基づいた長時間労働対策や専任スタッフの確保、教育研修の実施、メンタルヘルス不調者への早期介入などといった二次予防中心の対策では、その効果が限定的なものとなっていたと考えられた。

こうした背景の中、昨今一次予防の重要性が指摘されている。これまでにストレス対処能力を反映する SOC を用いた研究は国内外においてなされてきたが、日本では NIOSH の職業性ストレスモデルにおける外的要因（職業性ストレス）と内的要因（ストレス対処能力としての SOC）の双方に焦点をあてた研究は未だなされていない。

そこで、NIOSH の職業性ストレスモデルに基づき下記 2 つの横断調査（1）と縦断調査（2）を実施し、横断調査及び縦断調査の両面から、内的要因としてのストレス対処能力（SOC）が精神的健康度に与える影響について検討することを本研究の目的とした。

（1）労働者におけるストレス対処能力と精神的健康度の関連性について

・大規模横断調査より・

多くの公的機関及び民間企業が集中する筑波研究学園都市において、労働者に対する 1 万人規模の大規模な調査を実施した。外的要因としての職業性ストレス、内的要因としての SOC 及び精神的健康度を調査し、昨今心の健康問題の増加が指摘されている若い世代

の職業性ストレスを検討するため、年代別の比較を行った。

また、多変量解析により、SOC と精神的健康度の関連性について検討を行った。

(2) ストレス対処能力が労働者の精神的健康度に与える影響について

・1年間の縦断調査より・

調査同意の得られた国内の民間企業グループにおいて、2,000名規模の1年間の縦断調査を実施した。

第1回調査時に、NIOSHの職業性ストレスモデルに基づき各種ストレス要因を調査した。第1回調査時におけるSOCを高値群・中庸群・低値群の3群にわけ、第2回調査時の精神的健康度の変化を各SOCの群別に観察した。

最後に多変量解析を用い、SOCが1年後の精神的健康度を予測する因子となり得るかに
ついて検討を行った。

上記2つの検討より、現在わが国においても検討がなされている精神健康と労働生産性を両立する積極的な職域におけるメンタルヘルス対策に、さらなる効果的な対策を講ずることが可能になると考えられた。

第Ⅱ章

調査研究－1

労働者におけるストレス対処能力（SOC）と
精神的健康度の関連性について

-大規模横断調査より-

(*Journal of Physical Fitness Nutrition and Immunology 2010; 20(2), in printing*)

第Ⅱ章 調査研究－1

労働者におけるストレス対処能力（SOC）と精神的健康度の関連性について -大規模横断調査より-

A. 目的

多くの公的機関及び民間企業が集中する筑波研究学園都市において、2006年に労働者に対する2万人規模の大規模な調査を実施した。外的要因としての職業性ストレス、内的要因としてのSOC及び精神的健康度を調査し、年代別の考察から、昨今増加が指摘される比較的若い世代での心の健康問題の背景を検討することとした。

また、多変量解析により、SOCと精神的健康度の関連性について検討を行うことを本研究の目的とした。

B. 調査研究の背景

日本の労働者をとりまく労働環境は、1990年代前半におけるバブル経済崩壊以降、欧米型の人事評価制度の導入、雇用形態の多様化などにより大きく変化している¹⁵⁾。こうした労働環境の変化の中で、現在、職場においては「うつ病」をはじめとした心の健康問題の増加が社会問題化し、労働者の心の健康問題が注目されている。

労働者に対する調査において、不安を抱えていると回答した者は、2002年の調査以降50%を超えており⁶⁾、民間企業の人事担当者に対する調査においても、最近3年間における「心の病」の発生件数は増加傾向にあると56.1%の企業が回答している⁷⁾。

2008年に労務行政研究所が上場企業を対象に行った調査⁸⁾では、最近3年間のメンタルヘルス不調者のうち、特に増加が目立つ年代（複数回答）として、30歳代（51.9%）、20歳代（41.2%）、40歳代（19.1%）、50歳代（0.8%）の順に挙げられており、20～30歳代という比較的若い世代における心の健康問題の増加が目立つ結果となってきたと考えられる。

同様の問題は公的機関においても存在している。

2006年人事院国家公務員長期病休者実態調査⁹⁾では、1ヶ月以上の長期病休者における「精神及び行動の障害」の割合が全体の63.0%を占めている。2007年に財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所が全国の自治体に対し実施した調査¹⁰⁾においても、最近3年間における「心の病」は増加傾向にあると47.7%の自治体が回答している。以上より、民間企業のみならず公的機関においても、心の健康問題が非常に大きな問題となってきた。

これまで、多くの従来の研究が職業性ストレスやストレス反応の定量化に焦点を当てて行われてきた。しかし、これらの研究において定量化された指標では、たとえストレスサ一のうち労働時間などの客観的量的要素が同一であっても、ストレス経験の認知様式など

の主観的質的要素の影響を受けるともされている¹⁰⁵⁾。昨今、こうした労働者の個体要因としてのストレス対処能力に着目した研究が、諸外国において増加している¹⁰⁶⁻¹¹²⁾。ストレス対処能力とは、防衛能力・受容能力系の「健康への力」を代表するものであり、Sense of Coherence (SOC) はそのストレス対処能力を最も包括的に表現する概念であると考えられている⁷⁹⁾。SOC とは、ストレス認知様式と関連する健康生成説の中核概念とされている⁸⁸⁾。近年、産業保健の現場では、この SOC を用いた研究が行われ、SOC の高い人ほど仕事上の疲労感が少ない^{107, 108)}、バーンアウトを起こしにくい¹⁰⁹⁻¹¹¹⁾、職務満足感が高い^{108, 112)}ことなどが示されている。

そこで今回、我々は、多くの公的・民間の教育・研究機関が集中する筑波研究学園都市において、労働者の各種ストレス要因の実態を調査するとともに、いまだ日本では研究の少ない個体要因としてのストレス対処能力がストレス反応としての精神的健康度へ与える影響について検討することを目的に本研究を実施した。

C. 対象と方法

a. 調査方法

a-1. 対象

2006 年 11 月時点で筑波研究学園都市交流協議会¹¹³⁾に加盟していた 83 機関の職員 20,742 名を対象とした。

a-2. 調査時期

2006 年 11 月

a-3. 質問票の配布と回収

配布、回収方法については、上記対象に対して、各機関・企業の調査とりまとめ担当者（総務・人事課長レベル）宛てに、無記名の自記式質問票を事前に郵送し配布した。回答後、回答者自身に封入してもらい、再度調査取りまとめ担当者を通じて回収を行った。

b. 倫理的配慮

調査実施時に、本調査の主旨が労働者のメンタルヘルス対策に役立てるものであるということ、回答は自由意思によるものであること、無記名の調査であり回答者のプライバシーに配慮すること、データについては厳重に管理することを調査票内に明記した。

また、調査の主旨に同意した場合にのみ回答を提出するように明記した。さらに、調査実施に当たっては、調査対象機関が所属する筑波研究学園都市交流協議会内の労働衛生専門委員会で質問内容、配布、回収方法、データの管理、活用法などの倫理的事項について十分に検討を行い、筑波研究学園都市交流協議会の総会において、調査実施の承認を得た。

c. 質問紙の構成

質問紙の構成は、年齢、性別、労働時間、睡眠時間などの基本属性の他、職業性ストレス研究を行う上で広く国内外で活用されている NIOSH (the National Institute for Occupational Safety and Health) の Job Stress Model^{74, 114)}に基づき、仕事のストレス（職場環境要因）を評価する目的で職業性ストレス簡易調査票（Brief Scales for Job Stress; BSJS）を、精神的健康度を評価する目的で自己評価式抑うつ尺度（Self-rating Depression Scale; SDS）を、また個人のストレス対処能力（個体要因）を評価する目的で首尾一貫感覚（Sense of Coherence; SOC）をそれぞれ用いた。

年齢については、20 歳～29 歳を 20 歳代、30 歳～39 歳を 30 歳代、40 歳～49 歳を 40 歳代、50 歳～60 歳を 50 歳代として各年代別に分類した。

c-1. 職業性ストレス簡易評価尺度（Brief Scales for Job Stress; BSJS）¹¹⁵⁻¹²⁰⁾

職業性ストレス簡易評価尺度は 20 項目からなり、回答は「全くそうでない」「少しそうである」「まあそうである」「非常にそうである」の 4 段階からなり、これらはそれぞれ 1～4 点の Likert 尺度として扱われている。BSJS は、職業性ストレス増強要因と職業性ストレス緩和要因の大きく 2 つにわけられ、さらに職業性ストレス増強要因は「量的負荷」「質的負荷」「対人関係の困難」から、また職業性ストレス緩和要因は「達成感」「裁量度」「同僚上司の支援」からそれぞれ構成されている。

職業性ストレス増強要因は得点が高いほど仕事のストレスが高いとされる一方、「達成感」「裁量度」「同僚上司の支援」は得点が高いほど仕事のストレスが低いとされている。

BSJS を用いた研究はこれまでに数多くなされ、その信頼性妥当性はすでに確認されている。

c-2. 自己評価式抑うつ尺度（Self-Rating Depression Scale; SDS）^{121, 122)}

SDS は 20 項目からなり、回答時より一週間以内の状況を 4 段階で回答し、各回答の抑うつ性の強いほうから順番に 4,3,2,1 点の Likert 尺度として扱われている。

これら 20 項目の合計点を SDS 得点とし、最高得点は 80 点で得点が高いほど抑うつ度が高いとされる尺度である。

SDS を用いた研究は、臨床医学及び産業医学の現場においても広くなされており、その信頼性妥当性もすでに確認されている。

c-3. 首尾一貫感覚（Sense of Coherence; SOC）¹²³⁻¹²⁵⁾

SOC は 29 項目の質問からなり、各質問に当てはまる自らの状態を 7 段階で回答し、その合計得点を評価する尺度である。SOC 得点の幅は 29 点～203 点で、得点が高いほど SOC が高いことを示している。本研究では、山崎らによってすでにその信頼性

妥当性が確認されている日本語版 SOC29 項目版を用いることとした。

本研究におけるクロンバッハ α 係数は 0.91 であり、Eriksson らが報告したデータ (range: 0.70 – 0.95) 同様に高い結果であった¹²⁶⁾。

SOC は個人のストレス対処能力を示す指標とされ、得点が高いほどストレス対処能力が高いとされる⁷⁹⁾。この調査票は尺度が提案された 1987 年以降、保健・医療分野のみならず、心理学や社会福祉学などの場面においても数多くの実証的研究がなされているものである⁷⁹⁾。

d. 解析

年代間での比較を行うため、労働時間、BSJS、SDS score、SOC score の各調査項目の年代別素得点を求め、一元配置分散分析を施行し、Tukey 法を用い多重比較を行った。

さらに、抑うつ度へ影響を及ぼす要因を調査することを目的に、SDS score を目的変数、労働時間、BSJS の各下位項目、SOC score を独立変数として、年齢、性別で調整した重回帰分析ステップワイズ法を行った。

なお、いずれの検定においても、有意水準は 5% (両側) とし、統計解析は SPSS 17.0 for Windows を用いて行った。

D. 結果

本調査へ回答のあった 12,009 名 (57.90%) の職員のうち、20 歳以上 60 歳以下の常勤職員は 8,789 名で、解析項目に欠損値のない 7,610 名を対象として解析を行った。

対象者の平均年齢は 40.71 ± 9.46 歳であり、男性が 5,813 名 (76.39%)、女性が 1,797 名 (23.61%) であった。また、解析対象外となった群の平均年齢は 44.21 ± 9.87 歳であり、男性が 789 名 (66.92%)、女性が 375 名 (31.81%) であった。対象者の基本属性を Table 1. に示す。

a. 各年代間における調査項目の比較

男女間及び年代間での、各調査項目の比較検討結果を Table 2. に示す。

a-1. 男女間での比較

男性は女性と比較して、労働時間が約 1 時間程度長いことがわかった。職業性ストレス増強要因のうち「量的負荷」「質的負荷」は、男性のほうが有意に高かった。職業性ストレス緩和要因のうち「達成感」「裁量度」は男性で有意に高かった一方、「同僚上司の支援」は女性で有意に高かった。

SOC 総得点は男性のほうが有意に高かった一方、SDS 得点は女性のほうが有意に高いという結果であった。

a-2. 年代間での比較

労働時間は、他の年代と比較して 50 歳代が 30 分程度有意に短いという結果であったが、20 歳代～40 歳代の年代間においては労働時間に有意差は認められなかった。

BSJS では、職業性ストレス増強要因の「量的負荷」「質的負荷」「対人関係の困難」はいずれも 30 歳代・40 歳代が他の年代と比較して有意に高いという結果であった。職業性ストレス緩和要因のうち「達成感」「同僚上司の支援」は若い世代ほど得点が高かった一方、「裁量度」は、30 歳代が他の年代に比較して有意に高いという結果であった。

SOC 総得点は各年代と正の相関関係が認められ、50 歳代と他のすべての年代間で、また 40 歳代と 20 歳代の間でそれぞれ有意差も認められた。

SDS 得点は若い世代ほど得点が高いという結果であった。

b. 男性における各年代間の調査項目の比較

Table 3.に男性における各調査項目の年代間の比較結果を示す。

労働時間は、他の年代と比較して 50 歳代が有意に短いという結果であったが、20 歳代～40 歳代の年代間においては労働時間の差は認められなかった。

BSJS では、職業性ストレス増強要因の「量的負荷」「質的負荷」「対人関係の困難」はいずれも 30 歳代・40 歳代が他の年代と比較して有意に高いという結果であった。職業性ストレス緩和要因のうち「達成感」「同僚上司の支援」は若い世代ほど得点が高かった一方、「裁量度」は、30 歳代が他の年代に比較して有意に高いという結果であった。

SOC 総得点は各年代と正の相関関係が認められ、50 歳代と他のすべての年代間においてそれぞれ有意差も認められた。

SDS 得点は若い世代ほど得点が高いという結果であった。

c. 女性における各年代間の調査項目の比較

Table 4.に女性における各調査項目の年代間の比較結果を示す。

労働時間は、若い世代ほど有意に労働時間が長く、各年代と労働時間の間に負の相関関係が認められた。30 歳代と 40 歳代の間でのみ有意差は認められなかったが、その他の年代間の比較では労働時間に有意差が認められた。

BSJS では、職業性ストレス増強要因のうち「質的負荷」「対人関係の困難」はいずれも若い年代ほど得点が高いという結果であった。「量的負荷」は、50 歳代が他のすべての年代と比較して有意に低いという結果が得られ、また有意差は認められなかったが、30 歳代・40 歳代の得点が 20 歳代よりも高かった。職業性ストレス緩和要因のうち「達成感」「同僚上司の支援」は若い世代ほど得点が高かった一方、「裁量度」は 20 歳代・30 歳代が 50 歳代と比較して有意に高いという結果であった。

男性での検討結果同様、SOC 総得点は年代と正の相関関係が認められ、50 歳代と他

のすべての年代間においてそれぞれ有意差も認められた。

SDS 得点は若い世代ほど得点が高いという結果であった。

d. 精神的健康度へ与える各種要因の関係

Table 5.に Pearson の相関係数及び重回帰分析結果を示す。

SDS 得点と各調査項目間の Pearson の相関係数は、SOC 総得点 -0.67 ($p<0.001$)、年齢 -0.11 ($p<0.001$)、労働時間 0.06 ($p<0.001$) であり、BSJS の下位項目との関係ではそれぞれ、量的負荷 0.24 ($p<0.001$)、質的負荷 0.35 ($p<0.001$)、対人関係の困難 0.40 ($p<0.001$)、達成感 -0.32 ($p<0.001$)、裁量度 -0.27 ($p<0.001$)、同僚上司の支援 -0.30 ($p<0.001$) であった。

SDS 得点を目的変数、労働時間、BSJS の各下位項目、SOC 総得点を独立変数とし、年齢、性別で調整した重回帰分析ステップワイズ法を行った。本重回帰分析の重決定係数 R^2 は 0.52 であった。ステップワイズ法にて労働時間と BSJS のうち同僚上司の支援は本モデルには適合されなかった。標準化偏回帰係数のうち SOC 総得点 -0.53 と、最も SDS 得点に寄与している変数であるということがわかった。その他、BSJS の下位項目は、量的負荷 0.11 、質的負荷 0.13 、対人関係の困難 0.11 、達成感 -0.08 、裁量度 -0.04 であり、職業性ストレス増強要因は SDS 得点に対して正の方向へ寄与を、一方で職業性ストレス緩和要因は SDS 得点に対して負の方向へ寄与をしていることがわかった。

E. 考察

a. 各調査項目の比較検討

a-1. 職場環境要因について

今回の調査対象集団の平均労働時間は、20 歳代～40 歳代で 1 日約 10 時間と有意差は認められなかったが、50 歳代のみ他の年代と比較して約 30 分程度有意に短かった。

2006 年の国民生活時間調査¹²⁷⁾における有職者（雇用形態は問わない）の平日平均労働時間は 7 時間 31 分であり、これと比較すると調査対象集団はいずれの年代においても、全国平均より長時間の労働をしていることが明らかになった。

BSJS の年代別の比較より、職業性ストレス増強要因とされる「量的負荷」「質的負荷」「対人関係の困難」はいずれも 30 歳代・40 歳代が他の年代に比べ高かった。職業性ストレス緩和要因とされる「達成感」「同僚上司の支援」は、20 歳代で最も高く、50 歳代と比較して 20 歳代～40 歳代はそれぞれ有意に高いという結果を示した。「裁量度」は 30 歳代で最も高く、20 歳代は最も低いという結果を示した。

これらより、20 歳代～40 歳代においては労働時間に差はないものの、労働における業務量や仕事の難しさといった実質的な内容については、各年代間において大きな差が生じていることが明らかとなった。

a-2. ストレス対処能力について

本研究において、SOC は高年代群ほど高いということが明らかとなった。松下ら¹²⁸⁾は精神科に入院した患者で退院時に症状が落ち着いていた 112 名を対象に行った調査から、SOC 得点と年齢は正の相関を示していたと報告している。Antonovsky は SOC の形成には「結果の形成への参加」や「負荷の過大、過小のバランス」などを中心とした経験の積み重ねが重要としており、Antonovsky が行った調査^{88, 129)}においても、年齢が高い青年において SOC 得点が高かったと報告しており、本結果は Antonovsky の仮説を支持するものであった。

a-3. 精神的健康度について

本研究において、若い年代ほど SDS 得点が高いということが明らかとなった。224 名の企業従業員に対し行った調査¹³⁰⁾や、471 名の日本の化学薬品会社の従業員に対し行った調査¹³¹⁾において、SDS 得点は年齢との間に弱いながら負の相関があったとされており、本調査結果もこれらの先行研究と同様の結果が得られた。

年齢と精神的健康度との関連については、職場での立場の違いや経験の違いから生まれる問題解決能力の違いなどが影響している¹³²⁾とも言われており、本調査結果はこれを支持する結果となった。

これまでの本調査結果から、職場環境要因としての労働時間は 20 歳代～40 歳代の年代でいずれも 10 時間程度と有意な差は認められなかった。また、BSJS の結果から、30 歳代・40 歳代においてストレス増強要因が高いという結果となっていた。一方、ストレス対処能力としての SOC 得点は、年代が上がるにつれて高くなるという結果であった。そして、精神的健康度としての SDS 得点は、20 歳代が最も高いという結果であった。

現在の厚生労働省が提示するメンタルヘルス対策⁴⁹⁾では、長時間労働者に対する面接指導の実施徹底や産業保健スタッフ等の事業場内体制の整備、職場復帰支援プログラムの策定などといった職場環境要因の調整にまだ主眼が置かれている傾向がある。しかし、今回の年代別の検討より、職場環境要因は 20 歳代が 30 歳代・40 歳代に比べ負荷が低かった一方、精神的健康度は 20 歳代が最も悪いという結果を示している。これらの結果は、職場のメンタルヘルス対策を行う際には、単に職場環境要因のみへの対策だけでは十分な効果は得られないということを示唆している。

b. 精神的健康度へ与える各種要因の関係

Table 5.の標準化偏回帰係数より、ストレス対処能力としての SOC が最も強くストレス反応に影響を与えているということが示唆された。

宇佐見ら¹³³⁾が 1,351 名の定年退職を控えた労働者を対象に行った調査より、種々のストレス要因のうち精神的健康度へ最も影響を与える要因は SOC であったと報告して

おり、今回の結果もこれを支持する結果となった。

包括的なストレスモデルとされる NIOSH の職業性ストレスモデルによれば、職場環境や労働時間などストレス増強要因、個人のストレス対処能力という個体要因、周囲からの支援などストレス緩和要因という 3 要因がストレス反応に影響するとされている^{74, 114)}。

重回帰分析の結果より、職場のメンタルヘルス対策を実施する上では、職場環境要因への対策だけでなく、個人のストレス対処能力へも働きかける必要があるということが示唆された。

F. 結論

多くの教育研究機関が集中する筑波研究学園都市において、大規模な横断調査を実施した。

今回の調査結果より、

- ・客観的な指標としての労働時間には、年代間において差を認めなかった。
- ・主観的な指標としての職業性ストレスには年代間において差を認め、特に 30 歳代・40 歳代の働き盛りの世代が、他の世代と比較して高い負荷を感じているということが明らかとなった。
- ・ストレス対処能力は、年齢と正の相関関係を認めた。
- ・精神的健康度は、年齢と負の相関関係を認めた。
- ・年齢および性別を調整した多変量解析より、ストレス対処能力が最も精神的健康度と関連性が強い因子であるという結果が示され、労働者のストレスの認知様式が精神的健康度に関係しているのではないかと考えられた。

労働者のメンタルヘルス対策及び予防活動を推進するためには、職域におけるストレス対処能力を評価することが、効果的かつ重要である可能性が示唆された。

第Ⅲ章

調査研究－2

ストレス対処能力（SOC）が
労働者の精神的健康度に与える影響について
-1 年間の縦断調査結果より-

第Ⅲ章 調査研究－2

ストレス対処能力（SOC）が労働者の精神的健康度に与える影響について －1年間の縦断調査結果より－

A. 目的

調査同意の得られた国内の民間企業グループにおいて、2000名規模の縦断調査を2008年と2009年に実施した。

第1回調査時に、NIOSHの職業性ストレスモデルに基づき各種ストレス要因を調査した。第1回調査時におけるSOCを高値群・中庸群・低値群の3群にわけ、第2回調査時での精神的健康度の変化を各SOCの群別に観察した。

また、多変量解析を用い、SOCの1年後の精神的健康度の予測性について検討することを本研究の目的とした。

B. 調査研究の背景

日本は、1990年代前半におけるバブル経済崩壊以降、長引く不況を迎えた。これに伴い、人件費の削減やリストラクチャリング、成果主義の導入などを行う企業も増加し^{3, 4)}、労働者を取り巻く環境は時々刻々と変化している。

こうした環境の中、昨今労働者の心の健康問題に関する調査が数多くなされ、その動向と対策に注目が集まっている。厚生労働省が行っている労働者健康状況調査^{5, 6)}によると、不安を抱えていると回答した労働者は、2002年の調査以降50%を超えた状態が続いている。また、民間企業の人事担当者に対する調査⁷⁾においては、最近3年間における「心の病」の発生件数は増加傾向にあると56.1%の企業が回答している。このように、現在の日本の職場においては、「うつ病」をはじめとした心の健康問題の増加が社会問題化している。

これまでも、国内外において、労働者の心の健康問題及び職域におけるメンタルヘルス対策に関する研究が多数行われてきたが、職業性ストレスやストレス反応の定量化に焦点を当てた研究が中心となっていた。しかし、これらの研究において定量化された指標では、たとえストレスのうちの労働時間などの客観的量的要素が同一であっても、ストレス経験の認知様式などの主観的質的要素の影響を受けるとされている¹⁰⁵⁾。

昨今、こうした労働者の個体要因としてのストレス対処能力に着目した研究が、諸外国において増加している¹⁰⁶⁻¹¹²⁾。ストレス対処能力とは、防衛能力・受容能力系の「健康への力」を代表するものであり、Sense of Coherence (SOC) はそのストレス対処能力を最も包括的に表現する概念であると考えられている⁷⁹⁾。近年、産業保健の現場では、このSOCを用いた研究が行われ、SOCの高い人ほど仕事上の疲労感が少ない^{107, 108)}、バーンアウトを起こしにくい¹⁰⁹⁻¹¹¹⁾、職務満足感が高い^{108, 112)}ことなどが示されている。

これまでにわれわれは、精神的健康度とSOCの関連性を横断調査¹³⁴⁾によって明らかに

してきた。しかしながら、日本においては、これらの関連性を大規模な縦断調査によって示した研究はこれまでにない。

そこで今回、未だ日本においては研究がなされていない SOC が精神的健康度に与える影響について縦断調査により明らかにすることを目的に本研究を実施した。

C. 対象と方法

a. 調査方法

a-1. 対象

調査同意の得られた某医薬品製造・販売会社で、国内の本社・支社・営業所・研究所・工場において 2008 年と 2009 年に調査を実施した。

対象者は、2008 年の第 1 回調査時に同社で働く社員 2,744 名、2009 年の第 2 回調査時に同社で働く 2,638 名とした。

a-2. 調査時期

第 1 回調査 2008 年 6 月 (baseline study)

第 2 回調査 2009 年 6 月 (follow-up study)

a-3. 調査方法

i) baseline study

第 1 回調査は、2008 年 6 月に実施し、同時期に同社に在籍する全社員 2,744 名を対象に調査を行った。調査項目は、基本属性のほか、後述の BSJS、SOC、PSRs (Psychological stress reactions from the Brief Job Stress Questionnaire) とした。本調査に回答を寄せた者 2,699 名 (回収率 98.4%) のうち、調査項目に欠損値のない 2,511 名を第 1 回調査の解析対象とした。

ii) follow-up study

第 2 回調査は、2009 年 6 月に実施し、同時期に同社に在籍する全社員 2,638 名を対象に調査を行った。調査項目は、基本属性のほか、PSRs とした。本調査に回答を寄せた者 2,579 名 (回収率 97.8%) のうち、調査項目に欠損値のない 2,514 名を第 2 回調査の解析対象とした。

第 1 回調査及び第 2 回調査ともに回答をした者のうち、2008 年時に 20 歳以上 59 歳以下であった社員で、両調査年において職種の変更がなかった者 1,932 名であった。

本調査では、精神的健康度悪化の予測因子を検討することを目的としたため、第 1 回調査時に PSRs が low-risk 群であった者 1,755 名を有効解析対象者とした。

そのうち、解析対象者を第 1 回調査時の SOC 総得点をもとに次のように 3 群にわけ (「SOC 低値群」、「SOC 中庸群」、「SOC 高値群」、第 2 回調査時での PSRs の変化を SOC の群別に比較検討した。

SOC の 3 群わけは、過去の調査・研究にならい^{135, 136)}、

(SOC 総得点の平均値) + 1 S.D. (Standard deviation; 標準偏差) と
(SOC 総得点の平均値) - 1 S.D. (Standard deviation; 標準偏差) の 2 ポイントを
カットオフ値とし、これをもとに 3 群にわけた。

Figure 1.に本調査・解析のフローチャートを示す。

b. 倫理的配慮

調査実施時に、本調査の主旨が労働者のメンタルヘルス対策に役立てるものであると
いうこと、回答は自由意思によるものであること、無記名の調査であり回答者のプライ
バシーに配慮すること、データについては厳重に管理することを調査票内に明記した。

また、調査の主旨に同意した場合にのみ回答を提出するように明記した。

本研究は「現代の労働衛生管理の改善・推進に関する研究」として、筑波大学医の倫
理委員会において、調査研究の承認を得た（承認番号 35）。

両調査実施年において、PSRs のリスクの程度に関わらず、調査対象者にメンタルヘ
ルスに関する情報提供及び研修会を実施した。また、PSRs が high-risk 群であった者
に対しては、産業医または保健師の面談を実施し、実際の精神的健康度の把握と対策を行
った。

c. 質問紙の構成

職業性ストレス研究を行う上で、広く国内外で活用されている NIOSH (the National
Institute for Occupational Safety and Health) の Job Stress Model^{74, 114)}に基づき、職
場環境要因、個体要因、ストレス反応をそれぞれ調査することとした。

質問紙の構成は、年齢、性別、職種、労働時間などの基本属性のほか、仕事のストレ
ス（職場環境要因）を評価する目的で職業性ストレス簡易調査票（Brief Scales for Job
Stress; BSJS）を、精神的健康度を評価する目的で心理的ストレス反応（Psychological
stress reactions from the Brief Job Stress Questionnaire; PSRs）を、また個人のスト
レス対処能力（個体要因）を評価する目的で首尾一貫感覚（Sense of Coherence; SOC）
をそれぞれ用いた。

c-1. 職業性ストレス簡易評価尺度（Brief Scales for Job Stress; BSJS）¹¹⁵⁻¹²⁰⁾

職業性ストレス簡易評価尺度は 20 項目からなり、回答は「全くそうでない」「少し
そうである」「まあそうである」「非常にそうである」の 4 段階からなり、これらはそ
れぞれ 1~4 点の Likert 尺度として扱われている。BSJS は、職業性ストレス増強要
因と職業性ストレス緩和要因の大きく 2 つにわけられ、さらに職業性ストレス増強要
因は「量的負荷」「質的負荷」「対人関係の困難」から、また職業性ストレス緩和要因
は「達成感」「裁量度」「同僚上司の支援」からそれぞれ構成されている。

職業性ストレス増強要因は得点が高いほど仕事のストレスが高いとされる一方、「達

成感」「裁量度」「同僚上司の支援」は得点が高いほど仕事のストレスが低いとされている。

BSJS を用いた研究はこれまでに数多くなされ、その信頼性妥当性はすでに確認されている。

c-2. 心理的ストレス反応 (137-143)

(Psychological stress reactions from the Brief Job Stress Questionnaire; PSRs)

心理的ストレス反応は、18 項目からなる質問紙で、各質問に対して「ほとんどなかった」「ときどきあった」「しばしばあった」「ほとんどいつもあった」の 4 段階から回答し、これらはそれぞれ 1~4 点の Likert 尺度として扱われている。最大値は 72 点で、得点が高いほど得点が高いほど心理的ストレス反応が高いと判断される。また、カットオフ値は 51 点とされており、本調査においては 51 点以上の者を心理的ストレス反応 high-risk 群、50 点以下の者を low-risk 群とそれぞれ分類した。

これまでに PSRs を用いた多くの先行研究がなされ、その信頼性妥当性も同様に証明されている。

c-3. 首尾一貫感覚 (Sense of Coherence; SOC) (79, 123, 124, 129, 144-148)

首尾一貫感覚は、13 項目の質問からなり、各質問に当てはまる自らの状態を 5 段階で回答し、その合計得点を評価する尺度である。13 項目版 SOC の得点の幅は 13 点~65 点で、得点が高いほど SOC が強いことを示している。

SOC 尺度には、Antonovsky によって開発された 29 項目版と 13 項目版があり、本研究では、山崎らによって作成された日本語版 SOC13 項目版を用いることとした。29 項目版同様 13 項目版の質問紙も、すでに国内外において多くの先行研究がなされ、その信頼性妥当性も証明されている。

SOC は個人のストレス対処能力を示す指標とされ、得点が高いほどストレス対処能力が高いとされる。この調査票は尺度が提案された 1987 年以降、保健・医療分野のみならず、心理学や社会福祉学などの場面においても数多くの実証的研究がなされているものである。

d. 統計解析

baseline study 時の回答結果をもとに、男女比については SOC3 群間の比較を χ^2 検定を用い行った。また、年齢、労働時間、BSJS 下位 6 項目各調査項目の素得点を SOC3 群別に求め、一元配置分散分析を施行後、Tukey 法を用いた多重比較を行った。

次に、follow-up study 時における PSRs のリスク分類を行い、SOC3 群別の high-risk 者の割合を求め、3 群間の比較を χ^2 検定を用い行った。

最後に、baseline study 時の SOC が PSRs に与える影響度を調査することを目的に、

follow-up study 時の PSRs リスク分類 (high-risk 群/low-risk 群) を従属変数とし、次の手順で二項ロジスティック回帰分析を行った。第 1 段階としてステップワイズ法を用い、独立変数を baseline study 時の年齢、性別、職種、労働時間、SOC3 群わけ、BSJS の下位 6 項目を投入し、有効な変数を確認した。その後、第 2 段階として、強制投入法にて有効であった独立変数を投入し、2009 年の PSRs に与えるオッズ比を求めた。

なお、いずれの検定においても、有意水準は 5% (両側) とし、統計解析は PASW statistics 18 for Windows を用いて行った。

D. 結果

本調査の有効解析対象者数 1,755 名の内訳は、平均年齢 40.90 ± 8.58 歳であり、男性が 1,424 名 (81.1%)、女性が 331 名 (18.9%) であった。

有効解析対象者の SOC 総得点の平均は 42.96 ± 6.84 点であり、先行研究^{17, 18)}と同様に、SOC を以下のように 3 群にわけ、その後の解析を進めることとした。

- ・ SOC 低値群 SOC 総得点 ≤ 36 点
- ・ SOC 中庸群 $37 \text{ 点} \leq \text{SOC 総得点} \leq 49 \text{ 点}$
- ・ SOC 高値群 $50 \text{ 点} \leq \text{SOC 総得点}$

a. baseline study 時における各 SOC 群別にみた調査項目の比較

Table 6.に、全体及び各 SOC 群別の男女比、年齢、労働時間を示す。

男女比については、 χ^2 検定より各群間での差を認め、いずれの群も男性のほうが人数は多かったが、SOC 低値群では他の群と比較して女性の割合がやや多いという傾向がみられた。SOC がより高い群ほど年齢が高い傾向にあり、SOC 高値群・SOC 中庸群はいずれも SOC 低値群と比較して、有意に年齢が高いという結果が得られた。労働時間は SOC 低値群と SOC 高値群の比較において有意差を認め、SOC 高値群のほうが約 30 分労働時間が長いという結果であった。

Table 7.に、全体及び SOC 各群別の BSJS 下位 6 項目を示す。BSJS の下位項目のうち、職業性ストレス増強要因の「量的負荷」「質的負荷」「対人関係の困難」は、いずれも SOC 低値群のほうが SOC 高値群よりも有意に高いという結果であった。一方、職業性ストレス緩和要因の「達成感」「裁量度」「同僚上司の支援」は、いずれも SOC 高値群のほうが SOC 低値群よりも有意に高いという結果であった。

b. 心理的ストレス反応の変化について

Figure 1.より、follow-up study 時に PSRs が high-risk 群へと変化した者は、1,755 名中 81 名 (4.6%) であった。

Table 8.に、2009 年の PSRs 得点をもとに、high-risk 群と low-risk 群にわけた結果を、各 SOC 群別に示す。

follow-up study 時において PSRs が high-risk へと変化した者の割合は、SOC 低値群で 14.5%、SOC 中庸群で 3.0%、SOC 高値群で 1.6%であり、SOC 低値群は他の 2 群と比較して、PSRs が high-risk へと移行した割合が高いという結果が得られた (χ^2 検定; $p<0.001$)。

c. SOC が精神的健康度に及ぼす影響—リスク評価の観点から—

baseline study 時の SOC が follow-up study 時の精神的健康度に与えるリスクを評価することを目的に、二項ロジスティック回帰分析を施行した。

baseline study 時の年齢、性別、職種、労働時間、SOC3 群わけ、BSJS の各下位項目を投入した二項ロジスティック回帰分析ステップワイズ法を行ったところ、SOC3 群わけと BSJS の下位項目のうち「対人関係の困難」が有効な変数として確認された。一方で、年齢、性別、職種、労働時間、BSJS の他の下位 5 項目は、交絡因子として確認されなかった。

二項ロジスティック回帰分析強制投入法の結果を Table 9.に示す。SOC 高値群と比較した SOC 低値群のオッズ比は 6.35 ($p<0.001$)、SOC 中庸群のオッズ比は 1.48 ($p=0.42$)という結果がそれぞれ得られた。また、BSJS のうち「対人関係の困難」のオッズ比は 1.85 ($p<0.001$)であった。

E. 考察

a. 各調査項目の比較検討

a-1. 職場環境要因について

今回の調査対象集団の平均労働時間は、1 日約 9 時間 30 分程度であった。平成 18 年の国民生活時間調査¹²⁷⁾における有職者の平日平均労働時間は 7 時間 31 分であり、これと比較すると調査対象集団はいずれの SOC 群においても、全国平均より長時間の労働をしていることが明らかになった。

これは、パートタイム労働者などを含む様々な雇用形態の方の平均労働時間を算出している国民生活時間調査と、本調査対象集団を常勤及び契約社員に絞ったことによる雇用形態の違いと考えられた。

また日本においては、労働基準法により法定労働時間は週 40 時間と定められている¹⁴⁹⁾。労働時間と健康障害との関係について、心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針¹⁵⁰⁾では、1 か月当たりの時間外労働が 45 時間を超えない場合には、業務と健康障害発症との関連性が弱いと判断されている。本調査対象集団の 1 日あたりの平均労働時間をもとに、月あたりの法定労働時間を超える労働時間を概算すると 30 時間前後であり、いずれも健康障害との強い関連性を示唆するような長時間労働の状態にはなかったと考えられる。

次に、職業性ストレスの SOC 群別の比較結果より、職業性ストレス増強要因の「量的負荷」「質的負荷」「対人関係の困難」は、いずれも SOC 低値群のほうが SOC 高値群よりも有意に高いという結果であった。

一方、職業性ストレス緩和要因の「達成感」「裁量度」「同僚上司の支援」は、いずれも SOC 高値群のほうが SOC 低値群よりも有意に高いという結果であった。

過重労働とメンタルヘルスの関連性は、これまでの研究においても数多く指摘されてきた。本調査結果においては、過重労働対策の客観的指標のひとつともなっている労働時間は、SOC 低値群が SOC 高値群よりも短いという結果であった。一方で、主観的にとらえる職業性ストレスは、ストレス増強要因を SOC 低値群ほどより強く感じていることが明らかとなり、またストレス緩和要因は SOC 高値群ほどより多く得られているということが明らかとなった。

a-2. ストレス対処能力について

今回の調査対象集団の SOC の平均は、 42.96 ± 6.84 ($n=1,755$, 対象 20 歳～59 歳の労働者, 平均年齢 40.90 ± 8.58 歳) という結果であった。

先行研究¹⁴⁵⁾において、SOC の 13 項目 5 件法版の信頼性妥当性が検討されているが、その中で日本における全国サンプルの SOC の平均は 44.06 ± 8.83 ($n=1095$, 対象 日本国内全域より層化 2 段階無作為抽出した 20 歳以上の男女; 平均年齢 48.8 ± 14.8 歳) とされている。本調査の SOC 平均値は、先行研究と比較して、1 点ほど低いという結果であった。

SOC を提唱した Antonovsky も、同氏が行った調査^{88, 129)}において、年齢が高い青年において SOC 得点が高かったとも報告している。本調査対象集団の平均年齢が日本の全国サンプルの平均年齢と比較して約 8 歳低かったことが、全国サンプルとの SOC 得点の差に繋がったのではないかと考えられた。

a-3. 精神的健康度について

先行研究¹³⁸⁾では、国内の様々な職種を背景に持つ 12,000 名の労働者を対象に行った調査では、PSRs が 51 点を超えた者の割合は、男性 9.4%、女性 9.6%であった。本調査対象集団全体で PSRs が 51 点を超えた者の割合は 4.6%であり、比較的健康な集団の集まりであったことがわかる。

また、SOC 低値群の 14.5%が、1 年後に PSRs が high-risk へと変化していた。

Hanse ら¹⁰⁷⁾や Feldt ら¹⁰⁸⁾の研究において SOC の高い人ほど仕事上の疲労感が少ないとの報告があり、また Tselebis ら⁹⁹⁾が 79 名の看護師を対象に行った調査において、SOC の低い人ほど抑うつ傾向が見られたとも報告されており、本調査結果はこれらの先行研究を支持する結果となった。

b. SOC が精神的健康度に及ぼす影響について

baseline study 時において、客観的な職場環境要因である労働時間は SOC 高値群が最も長かったものの、主観的な職業性ストレスは SOC 低値群で最も強く負担を感じているという結果が得られた。

精神的健康度としての PSRs は、1 年後の high-risk 群への移行割合が SOC 低値群において最も多いという結果であった。

今回、二項ロジスティック回帰分析を用い、精神的健康度のリスク評価を行ったところ、心理的ストレス反応が high-risk へと変化するオッズ比は、SOC 高値群と比較して、SOC 中庸群で 1.48、SOC 低値群で 6.35 と、SOC の低さは 1 年後の精神的健康度悪化を予測する因子となりうる可能性が示唆された。

Suominen ら¹⁵¹⁾のフィンランドの一般住民 1,976 名を対象とした縦断調査より、SOC が低い群ほど 4 年後の健康状態の自己評価が悪化するリスクが高かったことが示されている。

Kalimo ら¹⁰⁰⁾が 2,144 名の労働者を対象に行った追跡調査では、SOC の高い人は低い人に比べ 10 年後の精神健康が良好で、SOC がどんなストレッサーよりも強く 10 年後の状態に影響を及ぼしていたとも報告している。

本調査結果はこれらの先行研究を支持する結果となった。

2009 年 3 月に発表され、現在、厚生労働省が進めている具体的なメンタルヘルス対策⁴⁹⁾は、教育研修の実施、メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施（相談体制の整備、長時間労働者に対する面接指導の徹底、健康診断時におけるメンタルヘルス不調の把握）などと、二次予防的な観点に留まり、主にメンタルヘルス不全の早期発見・早期治療に重点が置かれている。しかし、文献的考察でも述べたように、労働者の心の健康問題は減る気配を見せていない。

Tomotsune ら¹⁵²⁾は、SOC が高い人ほどストレス要因に対する認知を修飾し、前向きにそれを対処することができるかと報告している。したがって、メンタルヘルス不全発症を未然に防ぐという一次予防的観点から、SOC が低い群に対して、定期的にストレス要因を評価したり、ストレス要因の前向きな対処の仕方についての研修会を実施したり、また定期的な情報提供を行ったりすることによって、主観的に捉える職業性ストレスを抑制することができるのではないかと考えられる。

職域において、より積極的で効果的なメンタルヘルス対策を推進するためには、単に職場環境要因の調整や労働時間の制限といった対策だけに留まらず、個人のストレス対処能力に応じた労務管理を行っていく必要があると考えられた。

F. 結論

今回、日本においてこれまでに研究がなされていなかった精神的健康度と SOC の関連

性を明らかにすることを目的に大規模な縦断調査を実施した。

今回の調査結果より、

- ・客観的な指標としての労働時間は、SOCが高い者ほどより長く働いている傾向が認められた。
- ・主観的な指標としての職業性ストレスは SOC3 群間において差を認め、SOC が低い者ほど、有意に高い負荷を感じているということが明らかとなった。
- ・年齢および性別を調整した多変量解析より、SOC は 1 年後の精神的健康度を予測する因子となり得る可能性が示唆された。

今回の結果より、個人のストレス対処能力にも着目をした職域におけるメンタルヘルス対策を行うことで、従来の二次予防的なメンタルヘルス対策からさらに前進させた、一次予防的介入が職域において可能になるのではないかと考えられた。

第Ⅳ章

まとめ

第Ⅳ章 まとめ

A. 各年代間のストレス特性について

日本の労働者をとりまく環境は、1990年代以降急速に変化を続けている^{1,2)}。また時を同じくしたバブル経済崩壊後、日本経済は長引く不況を迎え、人件費の削減やリストラクチャリング、成果主義の導入などの影響も重なり、職域においては「うつ病」をはじめとした心の健康問題の増加が社会問題化している^{3,4)}。さらに近年の問題としては、比較的若い世代の心の健康問題の増加が目立つ結果となってきた⁸⁾。

これに対し、行政も様々な関連施策を打ち出してきたが、心の健康問題は未だ減少する気配を見せていない。

こうした背景の中、昨今一次予防の重要性が指摘されている⁸⁰⁾。そこで今回、職域におけるメンタルヘルス対策に、さらなる効果的な対策を用いるべく、労働者のストレス対処能力に着目をした横断調査と縦断調査を実施した。

第Ⅱ章の横断調査結果より、客観的な指標としての労働時間は20歳代～40歳代においてはいずれも10時間程度と有意な差は認められなかった。主観的な指標としての職業性ストレスは年代間において差を認め、30歳代・40歳代において他の世代と比較して高い負荷を感じているということが明らかとなった。ストレス対処能力は年齢と正の相関がある一方、精神的健康度は年齢と負の相関を認めた。

従来の厚生労働省が提示するメンタルヘルス対策⁴⁹⁾では、長時間労働者に対する面接指導の実施徹底や産業保健スタッフ等の事業場内体制の整備、職場復帰支援プログラムの策定などといった画一的な職場環境要因の調整のみに主眼が置かれている傾向がある。この10数年において労働者の心の健康問題は減少の気配を見せていないこと、また今回の結果からも、従来の対策に加え、各年代や個人の特性を考慮したより精緻な職域におけるメンタルヘルス対策を行っていく必要があると考えられた。

B. ストレス対処能力が一次予防で果たす役割について

第Ⅱ章の横断調査結果より、NIOSHの職業性ストレスモデルにおける労働時間や仕事の量的負荷などの外的要因と、内的要因を反映するストレス対処能力が、精神的健康度に及ぼす影響を検討したところ、外的要因よりも内的要因のほうがより強く精神的健康度に関係しているということが示唆された。

長引く不況の中、職場環境要因のコントロールに見合うだけの人員の補充が困難な状態が続いており、職場環境要因に対するアプローチだけでなく、内的要因としてのストレス対処能力の向上を図ることにより精神的健康度の保持増進に寄与できる可能性が示唆された。

また第Ⅲ章の縦断調査より、主観的な指標としての職業性ストレスはSOCの3群間に

において差を認め、特に SOC が低い者ほど有意に高い負荷を感じているということが明らかとなった。これは、文献的考察でも述べたように、SOC はストレス要因に対する認知的側面にアプローチするものとされており、SOC の高低により主観的な指標としての職業性ストレスへの認知様式に違いがあったのではないかと推察された。

さらに、精神的健康度に与える外的要因と内的要因の影響度を検討したところ、ストレス対処能力を反映する SOC は 1 年後の精神的健康度を予測する因子となり得ることが示唆された。

一連の横断調査及び縦断調査結果は、これまで日本においてはなされていなかった、精神的健康度とストレス対処能力の関連性を示した初めての研究であり、またその研究規模も大きく、今後のわが国におけるメンタルヘルス対策に、新たな重要な知見をもたらすものと考えている。

第Ⅴ章

本研究の限界と課題

第Ⅴ章 本研究の限界と課題

本研究は、筑波研究学園都市で働く公的機関及び民間企業の労働者を対象とした無記名自記式質問紙による横断研究と、調査同意の得られた民間企業グループを対象とした記名自記式質問紙による縦断研究であることから、以下に挙げる限界が存在すると考えられる。

a. 両研究に共通した限界点

- 1) メンタルヘルスに興味がある労働者が数多く回答したといった標本抽出バイアスが存在している可能性がある。今後は職種を考慮した解析や、対象者を絞った追跡研究、さらに回収率を高めるために質問数の削減を再検討することなどが課題として挙げられる。
- 2) Myers ら¹⁵³⁾は自己記入式抑うつ尺度の点数とうつ病の臨床診断は必ずしも一致しないと述べており、両調査ともに、すべて自記式の質問紙で行っているため、対象者の精神的健康度を正確に反映していない可能性がある。

b. 横断研究における限界点

- 3) 筑波研究学園都市は、国の政策により研究機関が集中し、また民間企業も多くは研究所を配置しているため、そこで働く労働者はホワイトカラーを中心に構成されていた。また、一般的な事業場と比較し、本調査対象となった事業場で働くホワイトカラーは、高学歴者の割合が高く、また平均所得も高いということがわかっている。しかしながら、事務系の職務内容は総務、人事労務、経理などであり、一般的な事業場における事務部門と大きな違いはないとも考えられる。また、日本の各地域や海外においても研究機関が集中している同様の地域があり、他の政策的に開発された研究学園都市との比較も今後の課題であると考えられた。
- 4) 横断研究における回収率は 57.9%と、大規模な無記名自記式の調査としては比較的高い回収率であったが、質問数が多かったため、仕事が忙しい労働者ほど回答しにくかった可能性がある。
- 5) 横断研究は大規模かつ無記名であり、結果をもとにした直接面談を行うことは難しいが、調査対象機関に結果をフィードバックすることにより、今後のメンタルヘルス対策に活用することも可能であると考えられた。
- 6) 横断調査の協力を得た筑波研究学園都市交流協議会は、民間企業及び公的機関合わせて 116 機関からなる組織であり、これらの組織から縦断調査への同意を得ることが困難であった。そのため、縦断調査の実施にあたっては、パイロットスタディーと位置づけ調査同意の得られた民間企業にて調査研究を行った。したがって、横断研究と縦断研究の間に直接の関連性はないが、横断研究の成果をもとに縦断研究

において一定の成果は得られたと考えている。今後は、横断研究での対象機関のなかで縦断研究が実施出来るよう引き続き検討して行く予定である。

c. 縦断研究における限界点

- 7) 本縦断研究は2年間の観察研究であり、今後数年～十数年単位での長期的な精神的健康度に与えるSOCの影響を検討する必要がある。
- 8) 医薬品製造・販売会社グループ全社員を対象に行ったものであり、調査対象集団には、工場労働者であるブルーカラーや、営業職・事務職などのホワイトカラー、また研究所に勤務する研究者が含まれていた。本縦断研究における二項ロジスティック回帰分析を用いた多変量解析の結果は、年齢や職種といった影響を調整した上で得られたものであるが、個々の要因間の関係については、今後さらに職種の特性を踏まえ検討していくことが課題となると考えられた。
- 9) SOCの介入効果については、現在世界でも研究が進行中であり、未だ定まったエビデンスは得られていない⁷⁹⁾。少なくとも今回のような1～2年単位での短期間では大きく変化することは示唆されておらず、過去の先行研究^{100, 151)}にならい、今回の研究ではSOCはbaseline時においてすでに固定しているものとして検討を行った。しかし、長期での観察研究や介入研究ではSOCの可変性も示唆されてきており¹⁵⁴⁾、今後は、SOCの介入効果とその可変性について長期的に検討する必要があると考えられた。

第Ⅵ章

本研究結果の活用法と今後の展望

第Ⅵ章 本研究結果の活用法と今後の展望

職域におけるメンタルヘルス対策は労働衛生において重要視されており、本研究結果を踏まえた労働者のメンタルヘルス対策への活用法と今後の展望についてまとめる。

職域におけるメンタルヘルス対策において、これまでは外的なストレス要因に注目した研究が多く、業務負荷の適切なコントロールと裁量権、達成感の拡大が必要などといった広義な対策が提案されている。しかしながら、近年の日本の労働環境は多様化が進み、職務が細分化されるとともに人的資源も限られているため、個人が広い範囲の職務を負っており、外的要因をコントロールし、心の健康問題を予防することは容易ではないこともまた事実である。

本研究結果より、ストレス対処能力の重要性が示唆された。ストレス対処能力 SOC は、把握可能感、処理可能感、有意味感の 3 つで構成されており、職場という集団の中での価値観の共有を通し把握可能感が、適切な業務の量的・質的負荷バランスの中で処理可能感が、意思決定への参加により有意味感がそれぞれ形成・強化されるといわれている^{79, 129)}。

しかし、第Ⅰ章でも述べたように現在の日本の職場は、成果主義の導入や長引く経済不況の中、「組織・職場とのつながりを感じにくくなってきている」「仕事の全体像や意味を考える余裕が職場になくなってきている」と回答する職場ほど心の健康問題が多いことがわかっている。この背景には、内的要因としてのストレス対処能力を補うようなサポート体制や、人材育成という視点が職場内において不足していることが指摘されている。

SOC 研究の第一人者である Antonovsky¹²⁹⁾も、成人前期における SOC 形成・発達の重要性と職場の果たす役割の大きさを訴えている。さらに、昨今の比較的若い世代の心の健康問題の増加について、松浪^{155, 156)}、樽味^{157, 158)}、牛島¹⁵⁹⁾はそれぞれ、昨今の社会構造の変化が、若年世代の性格傾向の変化やうつ病像の変化、人格の未成熟さに繋がっていると指摘している。

本研究では、職域における労働者のストレス構造及びストレス対処能力が年代により異なっていること、そしてストレス対処能力が精神的健康度と強く関連し、また 1 年後の精神的健康度を予測する因子であるということが明らかになった。

これらから、職域においてより積極的なメンタルヘルス対策を推進するには、単に労務管理という視点だけではなく、労働者それぞれのストレス構造や年代に応じた量的負荷・質的負荷のコントロール、そして達成感、裁量度が得られるような助言指導や職務内容の設定などを人材育成という視点からも行い、ストレス対処能力を向上させることが結果的に職場全体の精神健康の保持増進につながると考えられた。

本調査結果の公表は、現在厚生労働省労働安全総合研究事業⁸⁰⁾において検討がなされている、健康と労働生産性が両立する新たな職場作りに対しても大きな貢献をもたらすものと考えられた。

第Ⅶ章

謝辭

第Ⅶ章 謝辞

本研究を進めるにあたり、ひとかたならぬご指導、ご鞭撻下さった筑波大学社会医学系の松崎一葉教授、笹原信一郎講師、吉野聡助教、金沢大学医薬保健研究域医学系の中村裕之教授に深謝いたします。

第Ⅱ章の横断研究を筑波研究学園都市にて進めるにあたり、ひとかたならぬご尽力をいただいた文部科学省研究交流センターの中村由喜夫元所長に深謝いたします。

また、第Ⅲ章の縦断研究を進めるにあたり、ひとかたならぬご尽力をいただきました民間企業のご担当者様及び同社社員の皆様に深謝いたします。

さらに、本研究の資料収集・整理に多大なるご協力を下さった研究室の金子秀敏、小林直紀、関昭宏、商真哲、大井雄一、羽岡健史、宇佐見和哉、富田絵梨子、林美貴子、谷口和樹、友常祐介、樽沼有美子、西谷恵の諸氏に心より感謝の意を捧げます。

第Ⅷ章

参考文献

- 1) Naito S, Kamijo F, Seno E, Hayashida K, Tomita H, Shoji M. A questionnaire survey for personal managers on the mental health of institutes in the Tsukuba Science City. *Shakai Seishin Igaku (Jpn J Soc Psychiatry)* 1988; 11: 83-86.
- 2) Shirai S. Characteristics of Workers with Poor Mental Health and Decreased Productivity Observed by Counseling and Casework. *Job Stress Res* 2004; 11: 239-242.
- 3) 宮本俊明. リストラ環境下におけるメンタルヘルスケア・ラインとの連携を中心に. *産業ストレス研究* 2001; 8: 193-196.
- 4) 高橋修. 民間企業従業員のストレス反応と成果主義の関連性 -人的資源管理の視点からの分析-. *産業ストレス研究* 2004; 11: 257-268.
- 5) 厚生労働省. 平成 14 年労働者健康状況調査. 2002. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou02/index.html>.)
- 6) 厚生労働省. 平成 19 年労働者健康状況調査. 2007. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/dl/kenkou07.pdf>.)
- 7) 財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所. 産業人メンタルヘルス白書. 2008.
- 8) 財団法人労務行政研究所. 企業におけるメンタルヘルスの実態と対策. 2008. (Accessed Oct 20, 2010, at <https://www.rosei.or.jp/contents/detail/6125>.)
- 9) 人事院. 国家公務員長期病休者実態調査. 2006. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.jinji.go.jp/kisya/0804/byoukyu-besshi.pdf>.)
- 10) 財団法人日本生産性本部メンタルヘルス研究所. 産業人メンタルヘルス白書. 2007.
- 11) 島悟. うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究. 2004. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/shima16.html>.)
- 12) 厚生労働省. 自殺・うつ対策の経済的便益. 2010. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000qvsy-att/2r9852000000qvuo.pdf>.)
- 13) 志村正. 管理会計とメンタルヘルス. *情報学ジャーナル* 2008; 3: 1-12.
- 14) 厚生労働省. 患者調査. 2008. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>.)
- 15) NHK 取材班. 30 代の「うつ」会社で何がおきているのか. 東京: 日本放送出版協会, 2007.
- 16) Ronald CK, Matthlas A, James CA et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6: 168-176.
- 17) Ronald CK, Wai TC, Olga D, Ellen EW. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.

Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-627.

- 18) WHO. global burden of disease. 2004. (Accessed Oct 20, 2010, at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.)
- 19) 日本生物学的精神医学会, 日本うつ病学会, 日本心身医学会. うつ病対策の総合的提言. 2008. (Accessed Oct 20, 2010, at http://plaza.umin.ac.jp/~jsbp/contents/utsu_taisaku.pdf.)
- 20) John B, Cary LC, John F et al. The mental wealth of nations. Nature 2008; 455: 1057-1060.
- 21) Richman J. Family Therapy for Suicidal People. 東京: 金剛出版, 1986.
- 22) 高橋祥友. 精神医学から考える生と死 -ターミナルケア、自殺予防、尊厳死. 東京: 金剛出版, 1997.
- 23) 警視庁生活安全局地域課. 平成 21 年中における自殺の概要資料. 2010. (Accessed Oct 20, 2010, at http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/220513_H21jisatsunogaiyou.pdf.)
- 24) 厚生労働省. 職場における自殺の予防と対応. 東京: 中央労働災害防止協会, 2001.
- 25) 自殺対策緊急対策チーム. 自殺対策 100 日プラン. 2009. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.hide-fujino.com/pdf/suicideprevention/2009/100daysplan.pdf>.)
- 26) 厚生労働省. 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告. 2010. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html>.)
- 27) 荒井稔. 就業者における自殺の後方視的研究とその予防対策. 臨床精神病理 1991; 12: 119-131.
- 28) 大森健一. 働く人々の自殺について. 産業精神保健 1999; 7: 250-254.
- 29) 小林章雄. THP と職場ストレス -快適職場環境の形成に向けて-. 日本災害医学会会誌 1994; 42: 571-574.
- 30) Mishima N, Fujii J, Irie M, Kubota S, Nagata S. A study on the usefulness of stress assessment based on the THP health measurement -comparison with the general health questionnaire. JUOE 1995; 17: 1-9.
- 31) 中央労働災害防止協会. 労働衛生のしおり. 東京: 中央労働災害防止協会, 2005.
- 32) 生活習慣病予防研究会. 生活習慣病のしおり 2007. 東京: 社会保険出版社, 2007.
- 33) Muto T, Hsieh SD, Sakurai Y. Status of health promotion programme implementation in small-scale enterprises in Japan. Occup Med (Oxf) 1999; 49: 65-70.
- 34) WHO. WHO definition of Health. 1948. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.)
- 35) Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb R. Somatizing patients: Part II. Practical management. Am Fam Physician 2000; 61: 1423-1428, 1431-1432.

- 36) Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients: Part I. Practical diagnosis. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1073-1078.
- 37) 厚生省. 21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）について報告書. 2000.
- 38) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 「健康日本 21」中間報告書. 2007.
- 39) 財団法人健康・体力づくり事業財団. 平成 8 年健康づくりに関する意識調査. 東京: 財団法人健康・体力づくり事業財団, 1996.
- 40) 21 世紀の労働衛生重点研究推進協議会. 21 世紀の労働衛生研究戦略. 神奈川: 産業医学総合研究所, 2000.
- 41) 横田鮎子. メンタルヘルス不全を未然に防ぐ対策. *Trc Eye* 2008; 179: 1-7.
- 42) 有元裕美子. 経営リスクとしてのメンタルヘルス. 季刊政策・経営研究 2008; 2: 87-108.
- 43) 労働省. 心理的負荷による精神的障害等に係る業務上外の判断指針. 1999. (Accessed Oct 20, 2010, at http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoke_n04/dl/090316c.pdf.)
- 44) 労働省. 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針. 2000. (Accessed Oct 20, 2010, at http://www.jil.go.jp/kisya/kijun/20000809_02_k/20000809_02_k.html.)
- 45) 厚生労働省. 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き. 2004. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1014-1a.html>.)
- 46) 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針. 2006. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1b.pdf>.)
- 47) 改正労働安全衛生法. 2006.
- 48) 厚生労働省. 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の改定について. 2009. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei28/dl/01.pdf>.)
- 49) 厚生労働省. 当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について. 2009. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.roufuku.go.jp/sanpo/eap/download/0326002.pdf>.)
- 50) 厚生労働省. 職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書. 2010. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000q5re-att/2r9852000000q5sv.pdf>.)
- 51) Greig S, Bamberg E, Semmer N. Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Geottingen, Hogrefe 1991.
- 52) Leitner K. Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. *Zeitschrift fuer Arbeitswissenschaft* 1993; 47: 98-107.
- 53) Rahe R. In *Life Stress and Illness*. Springfield, Charles C Thomas Publisher

- 1974.
- 54) Cernovsky ZZ. Life stress measures and reported frequency of sleep disorders. *Percept Mot Skills* 1984; 58: 39-49.
 - 55) Toews JA, Lockyer JM, Dobson DJ et al. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med* 1997; 72: 997-1002.
 - 56) Miller MA, Rahe RH. Life changes scaling for the 1990s. *J Psychosom Res* 1997; 43: 279-292.
 - 57) Bell JM. Stressful life events and coping methods in mental-illness and -wellness behaviors. *Nurs Res* 1977; 26: 136-141.
 - 58) Masuda M, Holmes TH. Life events: perceptions and frequencies. *Psychosom Med* 1978; 40: 236-261.
 - 59) 降矢英成, 桂戴作, 村上正人. 一般日本人における「社会的再適応評価尺度」に関する研究 (第1報) 予備調査. *心身医療* 1993; 5: 670-678.
 - 60) 夏目誠, 太田義隆, 野田哲朗 et al. 高齢者の社会的再適応評価尺度. *ストレス科学* 1999; 13: 222-229.
 - 61) Lazarus R. In *Society, Stress and Disease*. The concept of stress and disease, London, Oxford University Press 1971.
 - 62) Serido J, Almeida DM, Wethington E. Chronic stressors and daily hassles: unique and interactive relationships with psychological distress. *J Health Soc Behav* 2004; 45: 17-33.
 - 63) Erlandsson LK, Eklund M. The relationships of hassles and uplifts to experience of health in working women. *Women Health* 2003; 38: 19-37.
 - 64) Twisk JW, Snel J, Kemper HC, van Mechelen W. Changes in daily hassles and life events and the relationship with coronary heart disease risk factors: a 2-year longitudinal study in 27-29-year-old males and females. *J Psychosom Res* 1999; 46: 229-240.
 - 65) 林峻一郎, 佐藤浩信. ストレス対処行動と易罹病性、疾患特異性をめぐってコーピングとうつ病、神経症およびその準備状態. *脳と精神の医学* 1994; 5: 179-189.
 - 66) Lavee Y, Ben-Ari A. The association of daily hassles and uplifts with family and life satisfaction: does cultural orientation make a difference. *Am J Community Psychol* 2008; 41: 89-98.
 - 67) 平野優子. 大学低学年生におけるデイリー・ハッスルと入学前後のストレスフルで重大な出来事との関連. *学校保健研究* 2005; 47: 201-208.
 - 68) 唐軼斐, 矢嶋裕樹, 中嶋和夫. 母親の育児関連 Daily Hassles と児に対するマルトリートメントの関連. *厚生の指標* 2007; 54: 13-20.

- 69) Karasek R, Theorell T. Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books. 1990.
- 70) Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support and cardiovascular diseases: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-1342.
- 71) Theorell T, de Faire U, Johnson J, Hall E, Perski A, Stewart W. Job strain and ambulatory blood pressure profiles. *Scand J Work Environ Health* 1991; 17: 380-385.
- 72) Uehata T. Long working hours and occupational stress-related cardiovascular attacks among middle-ages workers in Japan. *J Hum Ergol* 1991; 20: 147-153.
- 73) Hacker W. Von der Prävention zur Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung. *Z Gesamte Hyg* 1990; 36: 414-417.
- 74) NIOSH. National Occupational Research Agenda. , Cincinnati. NIOSH 1996.
- 75) 松下年子, 山崎茂樹. 職業ストレスをめぐる抑うつとバーンアウトの関連. *日本社会精神医学会雑誌* 2004; 13: 13-21.
- 76) Kawaharada M, Ueda I, Shima A. Association of Self-Rated Health with Job Stress and Acute Stress Reactions in Japanese Workers. *看護総合科学研究会誌* 2006; 9: 15-21.
- 77) Ikeda T, Yamakawa Y, Tomita M, Imai T, Tsuchisawa K. 日本の小規模事業場における仕事のストレス要因と抑うつの実態. *均衡生活学* 2006; 3: 1-12.
- 78) 三島徳雄, 永田頌史, 久保田進也. 産業衛生とストレス: 職場におけるストレスと精神健康. *心身医学* 1996; 36: 145-151.
- 79) 山崎喜比古, 坂野純子, 戸ヶ里泰典. ストレス対処能力 SOC, 東京: 有信堂高文社, 2008.
- 80) 厚生労働省. 労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 2010. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/H21年度総括・分担研究報告書p1-143r.pdf>.)
- 81) Osaki Y, Okamoto M, Kaetsu A, Kishimoto T, Suyama A. Retrospective Cohort Study of Smoking and Lung Cancer Incidence in Rural Prefecture, Japan. *Environ Health Prev Med* 2007; 12: 178-182.
- 82) Alipour S, Deschamps F, Lesage FX, Lebarry F. Estimation of Annual Incidence of Lung Cancer Associated with Work Place Exposure to Passive Smoking in France. *J Occup Health* 2006; 48: 329-331.
- 83) Wakai K, Inoue M, Mizoue T et al. Tobacco Smoking and Lung Cancer Risk: An Evaluation Based on a Systematic Review of Epidemiological Evidence Among the Japanese Population. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36: 309-324.

- 84) Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int* 2006; 21: 238-244.
- 85) Richardson CG, Ratner PA. Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *J Epidemiol Community Health* 2005; 9: 979-984.
- 86) Hogh A, Mikkelsen EG. Is sense of coherence a mediator or moderator of relationships between violence at work and stress reactions. *Scand J Psychol* 2005; 5: 429-437.
- 87) Surtees PG, Wainwright NW, Khaw KT. Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *J Psychosom Res* 2006; 61: 221-227.
- 88) Antonovsky A, Sagy S. The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *J Soc Psychol* 1986; 126: 213-225.
- 89) Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- 90) Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 376-381.
- 91) Suominen S, Helenius H, Blomberg H. Sense of coherence and health-does the association depend on resistance resources: A study of 3115 adults in Finland. *Psychol Health* 1999; 14: 937-948.
- 92) Agardh EE, Ahlbom A, Andersson T et al. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care* 2003; 26: 719-724.
- 93) Lindfors P, Lundberg O, Lundberg U. Sense of coherence and biomarkers of health in 43-year-old women. *Ind J Behav* 2005; 12: 98-102.
- 94) Nasermoaddeli A, Sekine M, Kagamimori S. Gender differences in associations of C-reactive protein with atherosclerotic risk factors and psychosocial characteristics in Japanese civil servants. *Psychosom Med* 2006; 25: 58-63.
- 95) Surtees P, Wainwright N, Luben R. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC: Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 1202-1209.
- 96) Lehtinen V, Sohlman B, Nummelin T, Salomaa M, Ayuso-Mateos JL, Dowrick C. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 30: 778-784.
- 97) Skarsater I, Langius A, Agren H, Haggstrom L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *Int J Ment Health Nurs* 2005; 33:

258-264.

- 98) Mehlum L. Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 487-492.
- 99) Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nurs Health Sci* 2001; 3: 69-71.
- 100) Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work Stress* 2003; 17: 109-122.
- 101) Sollerhed AC, Ejlerstsson G, Apitzsch E. Predictors of strong sense of coherence and positive attitudes to physical education in adolescents. *Scand J Public Health* 2005; 33: 334-342.
- 102) Axelsson L, Andersson I, Hakansson A, Ejlerstsson G. Work ethics and general work attitudes in adolescents are related to quality of life, sense of coherence and subjective health -a Swedish questionnaire study. *BMC Public Health* 2005; 40: 103.
- 103) Glanz K, Maskarinec G, Carlin L. Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Ann Behav Med* 2005; 29: 192-199.
- 104) Hansen A, Edlund C, Henningsson M. Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. *Work* 2006; 55: 179-190.
- 105) Dewel PJ. Examining the nature of work stress: Individual evaluations of stressful experiences and coping. *Hum Relat* 1989; 42: 993-1013.
- 106) Tomotsune Y, Sasahara S, Yoshino S et al. Characteristics and changes of mental health among workers in Tsukuba Research Park City: from a large-scale 5-year cross-sectional study. *J Phys Fit Nutri Immunol* 2008; 18: 195-204.
- 107) Hanse JJ, Engstrom T. Sense of coherence and ill health among the unemployed and reemployed after closure of an assembly plant. *Work Stress* 1999; 13: 204-222.
- 108) Feldt T. The role of sense of coherence in well-being at work -analysis of main and moderator effects-. *Work Stress* 1997; 11: 134-147.
- 109) Palsson MB, Hallberg IR, Norberg A, Bjorvell H. Burnout, Empathy and Sense of Coherence among Swedish District Nurses before and after Systematic Clinical Supervision. *Scand J Caring Sci* 1996; 10: 19-26.
- 110) Baker M, North D, Smith DF. Burnout, Sense of Coherence and Sources of Salutogenesis in Social Workers. *Psychology. J Hum Behav* 1997; 34: 22-26.
- 111) Gilbar O. Relationship Between Burnout and Sense of Coherence in Health Social Workers. *Soc Work Health Care* 1998; 26: 39-49.

- 112) Soderfeldt M, Soderfeldt B, Ohlson CG, Theorell T, Jones I. The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work Stress* 2000; 14: 1-15.
- 113) 筑波研究学園都市交流協議会. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.Tsukuba-net.work>.)
- 114) Hurrell JJ Jr, McLaney MA. Exposure to job stress -a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health* 1988; 14: 27-28.
- 115) 錦戸典子, 影山隆之, 小林敏生, 原谷隆史. 簡易質問紙による職業性ストレスの評価 -情報処理系企業男性従業員における抑うつ度との関連-. *産業精神保健* 2000; 8: 73-82.
- 116) Kageyama T, Nishikido N, Kobayashi T, Kawagoe H. Estimated sleep debt and work stress in Japanese white-collar workers. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55: 217-219.
- 117) Kageyama T, Matsuzaki I, Morita N, Sasahara S, Satoh S, Nakamura H. Mental health of scientific researchers. I. Characteristics of job stress among scientific researchers working at a research park in Japan. *Int Arch Occup Environ Health* 2001; 74: 199-205.
- 118) 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子. 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連. *大分看護科学研究* 2003; 4: 1-10.
- 119) 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子. 不規則交替勤務に従事する病院看護婦の職業性ストレスと不眠症との関連. *こころの健康* 2002; 17: 50-57.
- 120) 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子. 病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連. *こころの健康* 2001; 16: 69-81.
- 121) Zung WW. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- 122) Chida F, Okayama A, Nishi N, Sakai A. Factor analysis of Zung Scale scores in a Japanese general population. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 420-426.
- 123) Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725-733.
- 124) 山崎喜比古. 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC. *Quality Nursing* 1999; 5: 825-832.
- 125) 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古 et al. ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (SOC)と精神健康に及ぼす影響と役割特性の比較. *日本公衆衛生雑誌* 1999; 46: 965-976.
- 126) Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale -a systematic review-. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 460-466.

- 127) NHK 放送文化研究所. 2005 年国民生活時間調査報告書. (Accessed Oct 20, 2010, at http://www.nhk.or.jp/bunken/research/life/life_20060210.pdf.)
- 128) 松下年子, 松島英介, 平野佳奈, 芦野エリ子, 榊明彦. 精神科急性期病棟入院患者の SOC(Sense of Coherence)調査. 精神医学 2005; 47: 47-55.
- 129) Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- 130) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 1985; 27: 717-723.
- 131) 横田京子, 山村礎. 企業労働者の抑うつ状態と関連要因についての研究 -SDS(自己評価式抑うつ性尺度)と定期健康診断情報を用いて-. 日保学誌 2007; 9: 217-224.
- 132) 岩戸清香, 大塚耕太郎, 中村光, 藤原恵真, 佐々木千尋, 中村晴彦. 自発多発地域における勤労者の抑うつ -現状と影響因子に関する検討-. 岩手医誌 2009; 61: 1-15.
- 133) 宇佐見和哉, 笹原信一朗, 吉野聡, 友常祐介, 羽岡健史, 松崎一葉. 定年退職を控えた地方公務員における職業性ストレス、ストレス対処能力、精神的健康度の特性と関連についての実証研究. 厚生の指標 2010; 57: 22-27.
- 134) Umeda T, Sasahara S, Tomotsune Y et al. Relationship between sense of coherence and depression among workers: A large-scale epidemiologic survey in Tsukuba Science City. J Phys Fit Nutri Immunol 2010; 20: 3-10.
- 135) Tatsukawa H, Sasahara S, Yoshino S et al. Influences of the stress coping ability of supervisors on the stress situation of their subordinates. J Phys Fit Nutri Immunol 2005; 15: 82-87.
- 136) Haoka T, Sasahara S, Tomotsune Y, Yoshino S, Maeno T, Matsuzaki I. The effect of stress -related factors on mental health status among resident doctors in Japan. Med Educ 2010; 44: 826-834.
- 137) 財団法人パブリックヘルスリサーチセンター. ストレススケールガイドブック 第 2 版. 東京: 実務教育出版, 2006.
- 138) 労働省. 平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書. 東京: 2000. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.tmu-ph.ac/pdf/H11report.pdf>.)
- 139) 労働安全衛生総合研究. 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル -より効果的な職場環境等の改善対策のために-. (Accessed Oct 20, 2010, at <http://www.tmu-ph.ac/topics/pdf/manual2.pdf>.)
- 140) 福井里江, 原谷隆史, 深澤健二, 中田光紀, 高橋正也, 藤岡洋成. 最先端情報技術産業に従事する技術開発者のストレス反応と関連要因 -職業性ストレス簡易調査票-. 産業ストレス研究 2003; 10: 273-279.
- 141) 加藤章子, 土井由利子, 筒井末春, 牧野真理子. 青年海外協力隊の職業性ストレス -

職業性ストレス簡易調査票を用いて. 産業衛生学雑誌 2004; 46: 191-200.

- 142) Mineyama S, Tsutsumi A, Takao S, Nishiuchi K, Kawakami N. Supervisors' Attitudes and Skills for Active Listening with Regard to Working Conditions and Psychological Stress Reactions among Subordinate Workers. *J Occup Health* 2007; 49: 81-87.
- 143) 松浦和代. 新人看護師の職業性ストレス反応と「自己決定型学習の準備性」に関する検討. 北海道大学大学院教育学研究院紀要 2009; 109: 93-107.
- 144) 本江朝美, 山田牧, 平吹登代子, 熊倉美穂子. 我が国における 60 歳以上の活動的高齢者の Sense of Coherence の実態と関連要因の探索. 日本看護研究学会雑誌 2003; 26: 123-136.
- 145) 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古. 13 項目 5 件法版 Sense of Coherence Scale の信頼性と因子的妥当性の検討. 民族衛生 2005; 71: 168-182.
- 146) Tsuno Y, Yamazaki Y. A comparative study of Sense of Coherence (SOC) and related psychosocial factors among urban versus rural residents in Japan. *Pers Individ Dif* 2007; 43: 449-461.
- 147) Togari T, Yamazaki Y, Takayama T, Yamaki C, Nakayama K. Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Pers Individ Dif* 2008; 44: 1335-1347.
- 148) Togari T, Yamazaki Y, Nakayama K, Yamaki C, Takayama T. Construct validity of Antonovsky's sense of coherence scale: Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. *Jpn J Health Hum Ecol* 2008; 74: 71-86.
- 149) 菅野和夫. 労働法第 8 版. 東京: 弘文堂, 2008.
- 150) 労働調査会出版局編. 新訂精神障害等の労災認定 -「心理的負荷による精神障害等に係る業務場外の判断指針」の詳解-. 東京: 労働調査会, 2009.
- 151) Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Untela A, Koskenvuo M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health Results of 4 year of follow-up of adults. *J Psychosomatic Res* 2001; 50: 77-86.
- 152) Tomotsune Y, Sasahara S, Umeda T et al. The Association of Sense of Coherence and Coping Profile with Stress among Research Park City Workers in Japan. *Ind Health* 2009; 47: 664-672.
- 153) Myers JK, Weissman MM. Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1081-1084.
- 154) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典. SOC(sense of coherence)を高める介入方策の開発に向けて. 看護研究 2010; 43: 161-172.
- 155) 松浪克文, 山下喜弘. 社会変動とうつ病. 社会精神医学 1991; 14: 193-200.

- 156) 松浪克文, 上瀬大樹. 現代型うつ病. 精神療法 2006; 32: 308-317.
- 157) 樽味伸, 神庭重信. うつ病の社会文化的試論 -特に「ディスチミア親和型うつ病」について-. 日社精医誌 2005; 13: 129-136.
- 158) 樽味伸. 現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学 2005; 34: 687-694.
- 159) 松崎一葉, 牛島定信. ストレスマネジメントブック. 東京: ダイヤモンド社, 2009.

第IX章

図表

Table 1. 基本属性

	人数 (%)	年齢 (平均±S.D.)	労働時間 (平均±S.D.)	睡眠時間 (平均±S.D.)
全体	7,610	40.71 ± 9.46	9.96 ± 3.05	6.53 ± 1.04
性別	男性	5,813 (76.4)	10.24 ± 3.10	6.55 ± 1.01
	女性	1,797 (23.6)	9.07 ± 2.70	6.48 ± 1.11
年代	20代	988 (13.0)	10.11 ± 3.18	6.51 ± 1.04
	30代	2,632 (34.6)	10.07 ± 2.90	6.50 ± 1.01
	40代	2,378 (31.2)	10.01 ± 2.97	6.46 ± 1.05
	50代	1,612 (21.2)	9.64 ± 3.28	6.71 ± 1.04

S.D.; Standard deviation

Table 2. 全体・性別・年代別にみた各調査項目の比較

		BSJS ^c (平均 ± S.D.)						
		労働時間 (平均 ± S.D.)	SOC ^a (平均 ± S.D.)	SDS ^b (平均 ± S.D.)	量的負荷	質的負荷	達成感	裁量度
								同僚上司の支援
全体 (n=7,610)		9.96 ± 3.05	126.06 ± 21.91	30.97 ± 9.12	2.38 ± 0.82	2.35 ± 0.75	2.69 ± 0.80	2.68 ± 0.68
性別	男性 (n=5,813)	10.24 ± 3.10	126.56 ± 21.85	30.55 ± 9.02	2.48 ± 0.80	2.44 ± 0.72	2.74 ± 0.80	2.72 ± 0.67
	女性 (n=1,797)	9.07 ± 2.70	124.44 ± 22.05	32.30 ± 9.32	2.08 ± 0.82	2.05 ± 0.78	2.51 ± 0.81	2.54 ± 0.70
年代	20代 (n=988)	10.11 ± 3.18	123.31 ± 21.80	32.74 ± 9.35	2.17 ± 0.78	2.33 ± 0.76	2.72 ± 0.81	2.62 ± 0.67
	30代 (n=2,632)	10.07 ± 2.90	125.08 ± 22.37	31.19 ± 9.49	2.42 ± 0.81	2.43 ± 0.76	2.71 ± 0.81	2.74 ± 0.69
	40代 (n=2,378)	10.01 ± 2.97	125.84 ± 21.82	31.10 ± 9.25	2.47 ± 0.82	2.38 ± 0.74	2.70 ± 0.80	2.67 ± 0.67
	50代 (n=1,612)	9.64 ± 3.28	129.66 ± 20.93	29.30 ± 7.82	2.32 ± 0.83	2.20 ± 0.73	2.62 ± 0.81	2.64 ± 0.68

† p<0.05 †† p<0.01 ; 独立したサンプルのt検定

* p<0.05 ** p<0.01 ; 一元配置分散分析 Tukey法による事後検定

^a : Sense of Coherence^b : Self-Rating Depression Scale^c : Brief Scales for Job Stress

S.D.: Standard deviation

Table 4. 女性における年代別の各調査項目の比較

	労働時間 (平均±S.D.)	SOC ^a (平均±S.D.)	SDS ^b (平均±S.D.)	BSJS ^c (平均±S.D.)				
				量的負荷	質的負荷	対人関係の困難	達成感	裁量度
女性 (n=1,797)	9.07 ± 2.70	124.44 ± 22.05	32.30 ± 9.32	2.08 ± 0.82	2.05 ± 0.78	2.02 ± 0.76	2.51 ± 0.81	2.54 ± 0.70
20代 (n=416)	9.60 ± 2.04	122.61 ± 20.81	33.48 ± 9.17	2.05 ± 0.78	2.18 ± 0.75	2.08 ± 0.77	2.60 ± 0.80	2.55 ± 0.67
30代 (n=678)	9.16 ± 3.21	123.65 ± 22.53	32.43 ± 9.75	2.15 ± 0.82	2.14 ± 0.78	2.08 ± 0.76	2.52 ± 0.81	2.60 ± 0.70
40代 (n=459)	8.89 ± 2.59	124.21 ± 22.62	32.60 ± 9.48	2.13 ± 0.84	2.01 ± 0.74	1.96 ± 0.78	2.53 ± 0.81	2.52 ± 0.71
50代 (n=244)	8.29 ± 2.03	130.17 ± 20.86	29.36 ± 7.29	1.85 ± 0.82	1.69 ± 0.77	1.84 ± 0.66	2.31 ± 0.79	2.41 ± 0.71

* p<0.05 ** p<0.01 ; 一元配置分散分析 Tukey法による事後検定

^a : Sense of Coherence^b : Self-Rating Depression Scale^c : Brief Scales for Job Stress

S.D.: Standard deviation

Table 5. SDSに与える各種要因の影響 -重回帰分析を用いた結果より-

従属変数	独立変数	n = 7,610		
		R^2	β	r
SDS		0.52		
	年齢		-0.03 ^{†††}	-0.11 ^{***}
	性別		0.09 ^{†††}	0.08 ^{***}
	SOC		-0.53 ^{†††}	-0.67 ^{***}
	労働時間		-	0.06 ^{***}
	量的負荷		0.11 ^{†††}	0.24 ^{***}
	質的負荷		0.13 ^{†††}	0.35 ^{***}
	対人関係の困難		0.11 ^{†††}	0.40 ^{***}
	達成感		-0.08 ^{†††}	-0.32 ^{***}
	裁量度		-0.04 ^{†††}	-0.27 ^{***}
	同僚上司の支援		-	-0.30 ^{***}

††† p<0.001 β : 標準化偏回帰係数

*** p<0.001 r : Pearsonの相関係数

Figure 1. 調査・解析フローチャート

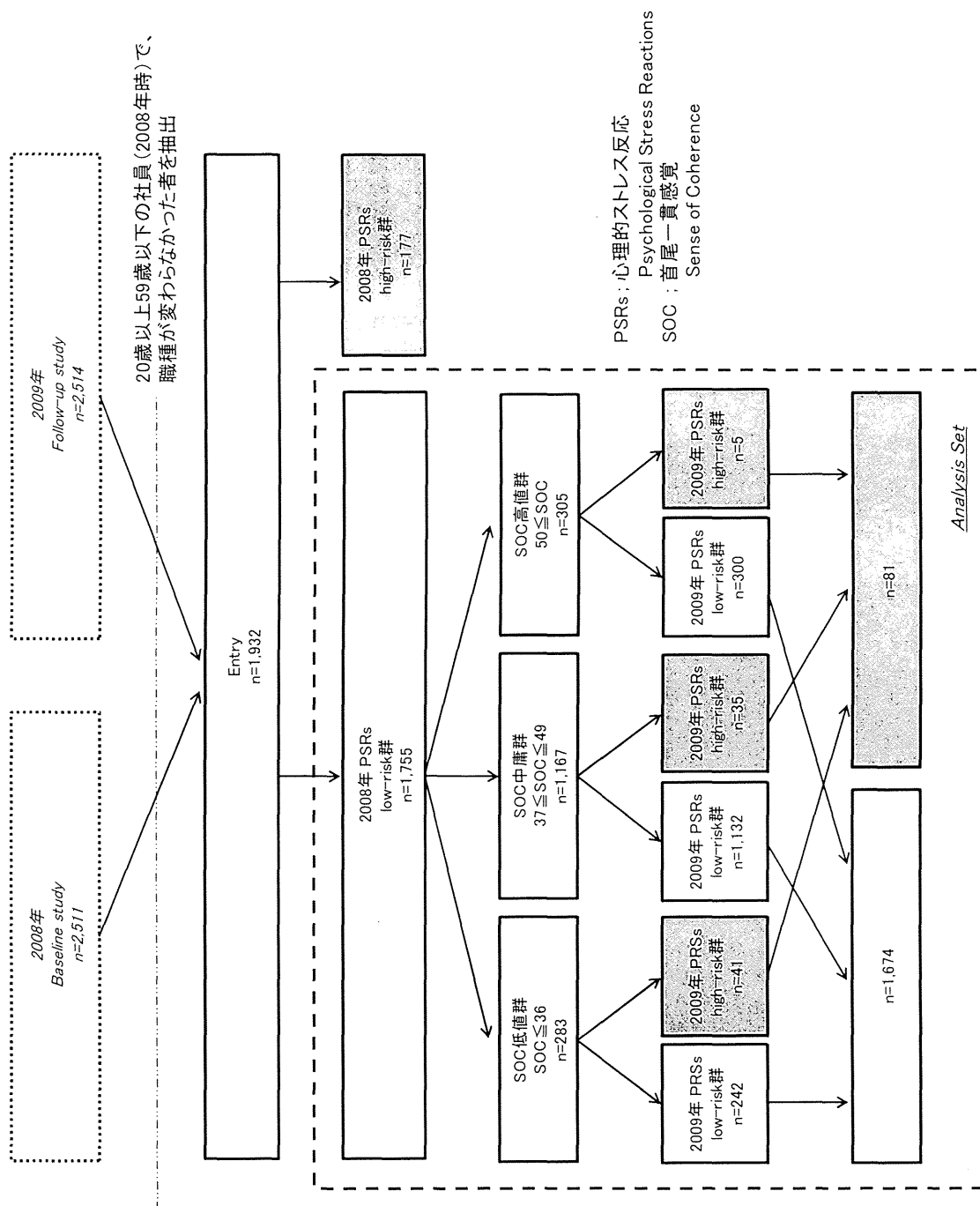


Table 6. Baseline study時における基本属性

	性別 (男性：女性)	年齢 (平均 ± S.D.)	労働時間 (平均 ± S.D.)
全体	(n=1,755)	1,424 : 331	40.90 ± 8.58
SOC低値群 SOC ≤ 36	(n= 283)	197 : 86	37.94 ± 8.61
SOC中庸群 37 ≤ SOC ≤ 49	(n=1,167)	967 : 200	41.24 ± 8.48
SOC高値群 50 ≤ SOC	(n= 305)	260 : 45	42.35 ± 8.30
	##	***	

S.D.; Standard deviation

##p<0.001 ; χ^2 検定

***p<0.001 ; 一元配置分散分析

†p<0.05, ††p<0.001 ; Tukey法による事後検定

Table 7. Baseline study時におけるBSJS下位項目の比較

BSJS (平均 ± S.D.)						
	量的負荷	質的負荷	対人関係の困難	達成感	裁量度	同僚上司の支援
全体 (n=1,755)	2.25 ± 0.68	2.00 ± 0.65	1.85 ± 0.64	2.79 ± 0.73	2.71 ± 0.63	2.80 ± 0.58
SOC低値群 SOC ≤ 36 (n= 283)	2.36 ± 0.75	2.25 ± 0.70	2.25 ± 0.71	2.40 ± 0.72	2.48 ± 0.67	2.61 ± 0.57
SOC中庸群 37 ≤ SOC ≤ 49 (n=1,167)	2.27 ± 0.67	2.01 ± 0.62	1.85 ± 0.60	2.77 ± 0.69	2.68 ± 0.61	2.78 ± 0.56
SOC高値群 50 ≤ SOC (n= 305)	2.05 ± 0.64	1.70 ± 0.56	1.51 ± 0.51	3.22 ± 0.67	3.00 ± 0.57	3.07 ± 0.56
	***	***	***	***	***	***

S.D.; Standard deviation

***p<0.001; 一元配置分散分析

†††p<0.001; Tukey法による事後検定

Table 8. Follow-up study時における心理的ストレス反応の比較

		2009年のPSRs	
		≤ 50	$51 \leq$
		low-risk 群	high-risk 群
全体	(n=1,755)	1,674	81 (4.6 %)
SOC低値群 SOC ≤ 36	(n= 283)	242	41 (14.5 %)
SOC中庸群 37 \leq SOC ≤ 49	(n=1,167)	1,132	35 (3.0 %)
SOC高値群 50 \leq SOC	(n= 305)	300	5 (1.6 %)

p<0.001 ; χ^2 検定

Table 9. SOCが精神的健康度に及ぼす影響 -リスク評価-

変数	OR	95% CI	N	P値
SOC低値群 SOC ≤ 36	6.35	2.38 - 16.92	283	<0.001
SOC中庸群 37 ≤ SOC ≤ 49	1.48	0.57 - 3.85	1,167	0.42
SOC高値群 50 ≤ SOC	1.00		305	—
対人関係の困難	1.85	1.33 - 2.58	1,755	<0.001

OR; オッズ比, 95%CI; 95% 信頼区間

P値; 二項ロジスティック回帰分析

付

質問票

BSJS (Brief Scales for Job Stress)

仕事についての各々の記述について、現在の状況に最もあてはまると感じる番号に○をつけて下さい。

		非常に そうである	まあ そうである	少し そうである	全く そうではない
1	あまりに仕事が多すぎる.....	1	2	3	4
2	仕事量が多くて、仕事がこなしきれない.....	1	2	3	4
3	猛烈に働くことが必要だ.....	1	2	3	4
4	期限に追われて仕事をするのがよくある.....	1	2	3	4
5	仕事に行き詰まるのがよくある.....	1	2	3	4
6	複雑で困難な仕事が多い.....	1	2	3	4
7	これまでの経験だけでは対処できない仕事を することがよくある.....	1	2	3	4
8	自分の仕事について、自分の意見を反映することができる.....	1	2	3	4
9	仕事の進め方を、自分で決めることができる.....	1	2	3	4
10	仕事のペースを自分で決めることができる.....	1	2	3	4
11	職場で人間関係のトラブルがよくある.....	1	2	3	4
12	職場のメンバー間の意志疎通がよくいっていない.....	1	2	3	4
13	職場や仕事先に苦手な人がいる.....	1	2	3	4
14	職場の人たちは、自分の仕事がスムーズにいくように 配慮してくれる.....	1	2	3	4
15	職場の人たちと気軽に話ができる.....	1	2	3	4
16	仕事で困難なことが起きた場合、 職場の人たちの援助・助言がえられる.....	1	2	3	4
17	職場の人たちは、自分の個人的な問題にも 相談にのってくれる.....	1	2	3	4
18	やりがい、誇りをもてる仕事をしている.....	1	2	3	4
19	自分の能力が発揮できる仕事である.....	1	2	3	4
20	達成感や満足感を得られる仕事をしている.....	1	2	3	4

SDS (Self-Rating Depression Scale)

最近 1 週間のご自分の状態を 4 段階で評価して、該当する番号に 1 つずつ○をしてください。

	い え 又 は 少 し だ け	と き ど き	か な り	ほ と ん ど 又 は い つ も
1 気が沈んで憂うつですか？	1	2	3	4
2 朝方は、いちばん気分が悪いですか？	1	2	3	4
3 泣きなくなったり、泣いたりしますか？	1	2	3	4
4 夜よく眠れませんか？	1	2	3	4
5 食欲がないですか？	1	2	3	4
6 性欲がわきませんか？	1	2	3	4
7 やせてきたように思いますか？	1	2	3	4
8 便秘していますか？	1	2	3	4
9 動悸がしますか？	1	2	3	4
10 何となく疲れませんか？	1	2	3	4
11 気持ちがさっぱりしませんか？	1	2	3	4
12 いつもどおりに仕事ができますか？	1	2	3	4
13 落ち着かず、じっとしていられませんか？	1	2	3	4
14 将来に希望がもてませんか？	1	2	3	4
15 いらいらしますか？	1	2	3	4
16 ものごとに決断がつきませんか？	1	2	3	4
17 役に立つ人間だと思えませんか？	1	2	3	4
18 生活が充実しませんか？	1	2	3	4
19 自分が死んだ方が他の者は楽に暮らせると思いますか？	1	2	3	4
20 日常に不満ですか？	1	2	3	4

SOC (Sense of Coherence) 29 項目版

以下の人生についての質問で、1 から 7 までのうち、あなたの感じ方を最もよく表している段階の番号に、

一つだけ○をつけてください。

- 1 あなたは誰かと話しているときに、相手が自分のことを理解していないと感じることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったく感じない ずっと感じている

- 2 これまで、他人の協力が必要なことをしなければならぬとき、あなたは、うまくいくと思いましたか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
うまくいかないと思った きっとうまくいくと思った

- 3 とても親しく感じる人々以外で、あなたが毎日接する人たちのことを考えてください。あなたは、その人たちのことをどれほどよく知っていますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
知らない人のように感じる とてもよく知っている

- 4 あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいいという気持ちになることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくない とてもよくある

- 5 あなたはこれまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくなかった いつもそうだった

- 6 あなたは、あてにしていた人にながかりさせられたことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくなかった いつもそうだった

- 7 人生というものは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
興味の尽きないものだ 型にはまった単純なものだ

8 今まで、あなたの人生は、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

明確な目標や目的は
まったくなかった

とても明確な
目標や目的があった

9 あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない

10 過去 10 年間のあなたの人生は、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

次に何が起こるかわからない
出来事ばかりだった

見通しのきいたものだった

11 将来あなたがすることの多くは、たぶん

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 魅力あふれるものだろう ひどく退屈なものだろう

12 あなたは不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと感じることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない

13 あなたの人生観をもっともよく表しているのは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

人生での出来事に対していつも
解決策を見つけることができる

人生での出来事に対して
解決策はない

14 自分の人生について考えるとき、しばしば、あなたは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

生きていて本当に
よかったと感じる

自分はなぜ存在しているのか
疑問に感じる

15 あなたは、困難な問題に直面したとき、その解決法は、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

いつも混乱して
見つけるのが難しい

いつも何の迷いもなく
見つけられる

16 あなたが毎日していることは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
喜びと満足を与えてくれる つらく退屈である

17 将来のあなたの人生は、たぶん、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

次に何が起こるのかわからない
出来事ばかりだろう

見通しのきいたもの
になるだろう

18 これまで、いやなことが起きたとき、多くの場合、あなたは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
それにうちのめされてしまった そんなこともあるだろうと やってきた

19 あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない

20 あなたは、何か楽しいことをしているとき、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

きっとこのまま楽しい気分で
いられるだろうと思う

きっと何かが起こって
この楽しい気分が
壊されるだろうと思う

21 あなたは、本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 とてもよくある まったくない

22 将来のあなた自身の人生は、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

まったく意味や目的のない
ものになると思う

意味や目的に満ちた
ものになると思う

23 あなたは、この先、誰か頼りにできる人がいつもいると思いますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
必ずいると思う いないと思う

24 あなたは、いま何が起きようとしているのかはつきりわからない、という不安な気持ちになることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
とてもよくある まったくない

25 どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
まったくなかった よくあった

26 何かが起きたとき、ふつう、あなたは、

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
そのことを過大に評価したり、 適切な見方をしてきた
過小に評価してきた

27 これから、人生の大事な場面で困難に直面したとき、あなたはと思うでしょうか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
必ず困難を乗り越え 困難を乗り越え
られると思う られないと思う

28 あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
とてもよくある まったくない

29 あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
とてもよくある まったくない

SOC (Sense of Coherence) 13 項目版

以下の人生についての質問で、1 から 5 までのうち、あなたの感じ方を最もよく表している段階の番号に、一つだけ○をつけてください。

1 あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいいという気持ちになることがありますか？

まったくない 1-----2-----3-----4-----5 とてもよくある

2 あなたはこれまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？

まったく 1-----2-----3-----4-----5 いつもそうだった
なかった

3 あなたは、あてにしていた人にながかりさせられたことがありますか？

まったく 1-----2-----3-----4-----5 いつもそうだった
なかった

4 今まで、あなたの人生には、明確な目標や目的がありましたか？

明確な目標や 1-----2-----3-----4-----5 とても明確な目標
目的は、 や目的があった
まったくなかった

5 あなたは、(自分が) 不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？

とてもよくある 1-----2-----3-----4-----5 まったくない

6 あなたは不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと感じることがありますか？

とてもよくある 1-----2-----3-----4-----5 まったくない

7 あなたが毎日していることは、

喜びと満足を与えてくれる 1-----2-----3-----4-----5 つらく退屈である

8 あなたは、日常生活の中で、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？

とてもよくある 1-----2-----3-----4-----5 まったくない

9 あなたは、本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？

とてもよくある 1-----2-----3-----4-----5 まったくない

10 どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。
あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？

まったく 1-----2-----3-----4-----5 よくあった
なかった

11 何かが起きたとき、ふつう、あなたは、

そのことを 1-----2-----3-----4-----5 適切な見方を
過大に評価したり、 してきた
過小に評価してきた

12 あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがあります
か？

とてもよくある 1-----2-----3-----4-----5 まったくない

13 あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

とてもよくある 1-----2-----3-----4-----5 まったくない

PSRs (Psychological Stress Reactions)

最近 1 ヶ月のあなたの状態に関する、次の 1～18 の各項目について、最もあてはまると思う
 答えの番号に

○をつけてください。

	ほとん ど あ っ た	し ば し ば あ っ た	と き ど き あ っ た	ほ と ん ど な か っ た
1 活気がわいてくる	1	2	3	4
2 元気いっぱいだ	1	2	3	4
3 生き生きする	1	2	3	4
4 怒りを感じる	1	2	3	4
5 内心腹立たしい	1	2	3	4
6 イライラしている	1	2	3	4
7 ひどく疲れた	1	2	3	4
8 へとへとだ	1	2	3	4
9 だるい	1	2	3	4
10 気が張り詰めている	1	2	3	4
11 不安だ	1	2	3	4
12 落ち着かない	1	2	3	4
13 憂うつだ	1	2	3	4
14 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15 物事に集中できない	1	2	3	4
16 気分が晴れない	1	2	3	4
17 仕事が手につかない	1	2	3	4
18 悲しいと感じる	1	2	3	4